UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MEDECINE

Année 1909

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 22 Mai 1909, à 1 heure,

PAR

J. PLESSE

né à Loudéac, le 24 Mai 1883

Contribution à l'Étude

de la

DYSTOCIE

par

Atrésie Cicatricielle du Col

Président : M. P. BAR, *professeur.*

Juges : MM. DIEULAFOY, *professeur.*
CHAUFFARD, *professeur.*
BRINDEAU, *agrégés.*

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
10, Rue de Vaugirard, 10

1909

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Gilb. BALLET.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. BERGER. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LA PERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESTAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD.	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BRANCA.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
EZANÇON Fern.	DUVAL (Pierre)	LENORMAND.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LŒPER.	RENON.
BROCA (André).	GOUJET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL, Chef des trav. anatomiques.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBE (Marcel)	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR L. TISSIER

ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

INTRODUCTION

A la fin du mois de décembre dernier, se présenta à la maternité de la Charité une parturiente atteinte d'atrésie cicatricielle du col. Notre maître, M. le Dr Tissier, insista sur la rareté d'un tel fait et nous montra l'intérêt d'une étude d'ensemble sur cette question. Ce fut l'origine de ce travail.

Cette cause de dystocie n'a guère retenu l'attention des auteurs, gynécologues ou accoucheurs ; sans doute, doit-on en chercher la raison dans le petit nombre des cas observés. Mauriceau, dans son *Traité des maladies des femmes grosses*, ne fait que mentionner la difficulté du travail due « à quelque dure cicatrice provenant de quelque violent accouchement qui aura précédé (1) ».

Baudelocque, aussi concis, ne se contente pas toutefois de signaler la lésion, il lui propose un traitement : « Ce même orifice peut se trouver fermé, soit complètement ou incomplètement, au moment de l'accouchement. Son obturation parfaite est toujours postérieure à la conception ; mais l'incomplète pouvait exister auparavant. Dans tous les cas, il faut rétablir cet orifice

(1) Mauriceau. Des mal. des femmes grosses et acc., p. 258.

dans son premier état et l'ouvrir avec l'instrument tranchant, dès que le travail de l'enfantement sera bien décidé (1). »

Mme Lachapelle (2) y consacre un plus long développement, mais elle avoue n'avoir jamais elle-même rencontré une oblitération complète du col coïncidant avec une grossesse, et elle fait la critique de quelques rares observations jusque-là publiées. En 1833, Velpeau doutait encore de la possibilité même d'une telle lésion, quand il fut appelé en consultation par Caffe pour en constater un cas authentique (3).

Il faut arriver à Depaul pour trouver un travail de quelqu'importance sur ce sujet. Il eut la rare fortune d'en observer trois cas en quatre ans « tandis que la plupart de nos maîtres, dit-il, n'en ont pas vu un seul exemple dans le cours d'une pratique beaucoup plus longue ». Il recueillit avec soin ces trois observations, ainsi que celles qui avaient été jusqu'alors publiées et fit un mémoire qu'il présenta à l'Académie de médecine en 1860 (4).

L'année suivante, Mattéi reprit la question, apportant quelques faits nouveaux (5).

L'existence de la dystocie par atrésie cicatricielle du col n'était plus douteuse. La plupart des traités d'ac-

(1) Baudelocque. L'art .des Acc. 3e édit. Tome II, p. 374.
(2) Lachapelle. Prat. des Acc. 1825. Tome III, p. 294.
(3) Velpeau. Traité d'Acc., 1835, p. 361.
(4) *Mém. de l'Ac. de méd.*, 1860, p. 491.
(5) Mattéi. *Bull. de l'Ac. de Méd.*, 1861, p. 969.

couchements en font une étude rapide, quelques-uns une simple mention. Dans ces dernières années, elle a été l'objet, direct ou indirect, de quelques thèses. On a surtout rapporté, dans diverses Sociétés, des observations isolées, mais très précises, de cas qu'on avait eu la rare occasion de rencontrer.

Dans ce travail, nous n'aurons en vue que la dystocie provoquée par les *atrésies purement cicatricielles*, éliminant les sténoses d'origine pathologique, telles que les sténoses syphilitiques par exemple.

Nous étudierons tout d'abord l'étiologie de l'atrésie cicatricielle, qui a une grande importance au point de vue prophylactique. Nous verrons ensuite l'aspect clinique de la dystocie qu'elle provoque, son diagnostic et son pronostic. A propos du traitement, nous envisagerons divers modes opératoires, donnant, malgré le trop petit nombre de cas connus, notre préférence à la césarienne abdominale. Nous rapporterons, à la suite du cas que nous avons personnellement examiné, un certain nombre d'autres observations, pour la plupart récentes, et nous rédigerons enfin nos conclusions.

*
* *

Avant d'aborder notre sujet, il nous est un doux devoir à remplir. Nous tenons à remercier les maîtres qui guidèrent nos pas et dépensèrent pour nous, sans compter, leur science et leur temps. Que tous ceux qui, à l'Ecole de Rennes, ont contribué à notre instruction médicale, reçoivent l'expression de notre profonde gra-

titude. Nous remercions tout spécialement M. le professeur Véron, qui nous initia à l'art des accouchements, et M. le professeur Bodin qui nous enseigna, de façon si brillante, la microbiologie et la dermatologie.

Nous avons eu l'honneur d'être l'externe de M. le professeur Le Moniet. Nous aimons à nous rappeler ses leçons si claires et sa grande habileté opératoire. Nous ne saurions oublier M. le professeur Hardouin qui non seulement nous fit profiter de son savoir, mais eut l'occasion de nous prodiguer ses soins éclairés.

Nous avons gardé un excellent souvenir de l'année passée dans le service de M. le professeur Follet, de ses leçons cliniques si intéressantes et surtout de ses causeries familières au lit des malades.

A Paris, M. le Dr Michaux voulut bien nous accepter comme externe et sut nous faire aimer la chirurgie. L'année que nous avons passée dans son service, à Beaujon, comptera parmi les meilleures de notre vie d'étudiant.

C'est à la maternité de la Charité que nous avons terminé notre externat. Notre maître, M. le Dr Tissier, nous fit profiter largement de ses grandes connaissances cliniques, ne négligeant aucun détail qui pût nous être utile dans la pratique. Au moment d'être livré à nous-même, nous sentons tout le prix de son enseignement et ne saurions lui être assez reconnaissant.

M. le professeur Bar nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous le prions d'agréer l'expression de notre respectueuse gratitude.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Les douleurs avertissent la femme de son accouchement prochain ; mais ce sont les modifications du col qui renseignent le plus exactement l'accoucheur sur l'existence et l'évolution du travail. L'effacement terminé, la dilatation commence. Elle dépend, d'une part, des contractions utérines, et, d'autre part, de l'état des tissus du col. Sa marche devient beaucoup plus rapide, dès que la poche des eaux et la présentation fœtale peuvent s'insinuer entre les bords de l'orifice qu'elles écartent mécaniquement en même temps que, par excitation réflexe, elles stimulent la contractilité utérine. Tous ces phénomènes deviennent impossibles si le col renferme du tissu fibreux inextensible et si l'oblitération de l'orifice ne permet pas la progression du coin libérateur. Telles sont les causes de la dystocie dans le cas d'atrésie cicatricielle du col.

La présence de tissu fibreux dans le col se rencontre chaque fois qu'une plaie se cicatrise par bourgeonnement. Cette cicatrisation aura une tendance naturelle à rétrécir et même à fermer complètement l'orifice, par suite de la *rétraction inodulaire*, et de la *soudure des nappes bourgeonnantes*. On observe fréquemment cette

loi générale pour les paupières, les lèvres ; elle est également vraie pour l'orifice cervical.

Ces conditions favorisant l'atrésie cicatricielle du col sont elles-mêmes consécutives à une série de faits variables que l'on peut grouper sous trois chefs principaux :

Les traumatismes du col au cours d'accouchements antérieurs ;

Les opérations pratiquées sur le col ;

Les cautérisations.

Traumatismes du col au cours d'accouchements antérieurs. — Depuis longtemps, on connaît la fâcheuse influence des accouchements laborieux. Mauriceau indique comme cause de dystocie « quelque dure cicatrice provenant de quelque violent accouchement antérieur (1) ».

Mme Lachapelle, dans son dixième mémoire consacré aux obstacles dépendant des parties molles, nous dit également : « L'orifice externe de la matrice peut encore être rétréci ou même tout à fait obstrué par des brides et des cicatrices provenant d'un accouchement antécédent (2). »

La plupart des auteurs modernes signalent cette cause de dystocie. Dans les observations que nous rapportons dans ce travail, nous la retrouvons un certain nom-

(1) Mauriceau. Des mal. des femmes grosses et acc., 1668, p. 258.

(2) Lachapelle. Prat. des Accouchements, 1825, Tome III, p. 301.

bre de fois. Dans le cas de Véron, par exemple (*Obs. II*), il s'agit d'une sextipare rachitique ayant eu un passé obstétrical particulièrement chargé : un premier accouchement au forceps, enfant mort. — 2e grossesse : tentative infructueuse de forceps, version podalique, enfant mort. — 3e grossesse : accouchement provoqué, à 8 mois, à l'aide d'une sonde de Krause, enfant mort. — 4e grossesse : accouchement provoqué à 8 mois, forceps sans résultat, version podalique, enfant mort. — 5e grossesse : version podalique, enfant mort.

La malade de Lepage (*Obs. VI*), en laissant de côté un avortement, a déjà eu, sur quatre grossesses, deux enfants morts à la suite d'interventions laborieuses ayant amené des déchirures des parties molles, du col et du vagin. Dans l'observation de Barsony (*Obs. XII*), la femme avait eu, au cours d'une première grossesse, une rupture incomplète de l'utérus.

En somme, nous rencontrons à l'origine de ces cicatrices vicieuses, des attritions particulièrement graves et répétées. Elles sont nécessaires, en effet, pour déterminer des accidents sérieux lors de la parturition, et c'est ce qui explique la rareté des atrésies cicatricielles malgré la fréquence des plaies du col.

La petite déchirure qui se produit, généralement du côté gauche, lors d'un premier accouchement, est si fréquente, que Kasansky (1) la regarde comme un phé-

(1) Kasansky. Thèse de Paris, 1905-06.

nomène normal. En tout cas, elle est très connue des accoucheurs et reste un bon indice de grossesse antérieure. Elle ne dépasse pas l'insertion vaginale. Tantôt ses bords sont souples, tapissés de muqueuse, tantôt ils deviennent fibreux, cicatriciels ; mais jamais il ne se produit de rétrécissement, la perméabilité du canal cervical reste normale.

Ce que l'on doit craindre davantage, ce sont les fissures étendues, propagées à la partie sus-vaginale et même au segment inférieur. Elles se produisent ordinairement au cours de manœuvres obstétricales pratiquées avant la dilatation complète. D'où l'indication de ne jamais extraire l'enfant par voie vaginale avant que l'orifice soit complètement dilaté ou complètement dilatable. Il faut, de plus, ne pas agir avec brusquerie ; et, lorsque l'enfant est mort, s'arranger pour que les parties molles de la mère soient sauvegardées au maximum.

Ces déchirures ne peuvent guère être suturées dans de bonnes conditions. Elles sont le plus souvent abandonnées à elles-mêmes. La cicatrisation se fera alors par bourgeonnement et la production de tissu fibreux sera d'autant plus intense qu'on pourra se trouver en présence d'une plaie infectée et suppurante. Vaissier, dans une thèse récente (1), a mis en lumière le rôle combiné de l'*infection* et des *accouchements laborieux* dans la genèse des hématométries post-partum. Il en

(1) Vaissier. Thèse de Paris 1909.

est ainsi pour le sujet qui nous occupe ; souvent d'ailleurs, ce n'est qu'après des troubles menstruels variables que l'on est amené à constater la dystocie.

Aux faits précédents se rattache intimement la *gangrène utérine*. Succédant parfois à un avortement criminel, elle apparaît généralement à la suite des accouchements longs et laborieux ayant nécessité quelque intervention pénible. Souvent mortelle, elle n'aboutit jamais à la guérison qu'après avoir occasionné des pertes de substance étendues à cicatrisation défectueuse. Nous ne connaissons pas d'exemple de grossesse survenue à la suite d'une telle lésion, mais si la gestation se produisait, on conçoit à quels obstacles on pourrait se heurter lors de l'accouchement.

Opérations pratiquées sur le col. — A côté du traumatisme obstétrical que nous venons d'examiner, nous trouvons, parmi les causes d'atrésie cervicale, les opérations diverses intéressant le col. Nous ne nous arrêterons pas aux amputations hautes pratiquées dans les cas de tumeur maligne de cet organe. Elles sont aujourd'hui complètement abandonnées. Nous ne retiendrons que les opérations destinées à combattre les métrites cervicales. La trachélorrhaphie d'Emmet semble avoir perdu un peu de son prestige : mais les autres procédés de résection du col (Schrœder, Simon Markwald, Bouilly, Pozzi), sont encore journellement employés par les gynécologues.

Nous n'avons pas la prétention de discuter la valeur de ces divers procédés. Il est certain qu'ils rendent,

dans beaucoup de cas, d'utiles services. Le grand danger est de les voir pratiquer sans indication précise et par des mains inexpérimentées. « L'opération n'est pas à la portée de tous ; il faut être chirurgien d'expérience, aidé, outillé, sous peine de fournir aux accoucheurs des cols atrésiés et des causes de dystocie (Richelot) (1). »

Cette question des suites des opérations pratiquées sur le col au point de vue obstétrical, a été particulièrement bien étudiée, en 1899, à la Société d'Obst. Gyn. et Péd., où elle a fait l'objet de plusieurs discussions. Le professeur Pozzi y a énuméré les conditions indispensables à toute bonne amputation du col, quel que soit le procédé employé : *a*) Pratiquer un affrontement exact ; *b*) faire une suture réunissant toute la surface cruentée ; *c*) ménager un orifice nouveau suffisamment ouvert ; *d*) ne pas oublier d'enlever les fils de suture en totalité, pour éviter une sclérose tardive ayant pour point de départ ces corps étrangers. A-t-on réalisé ces conditions, dit-il, qu'on n'a encore échappé qu'à une des causes d'échec ; « la deuxième et la principale est l'absence d'asepsie dans le traitement post-opératoire, la surveillance incomplète des mèches introduites ou des injections données par les aides ou les infirmières (2) ».

(1) Richelot. Chir. de l'ut., du vag. et de la vulve, 1902, p. 66.

(2) *Comptes rendus de Soc. d'Obst. Gyn. et Paed.*, 1899, p. 93.

Cette importance de l'asepsie n'est pas pour nous surprendre après ce que nous avons dit du rôle de l'infection dans le traumatisme obstétrical. En effet, qu'il s'agisse d'une plaie obstétricale ou d'une plaie opératoire, son infection aura toujours le même résultat, la suppuration et la cicatrisation par bourgeonnement avec production de tissu inextensible et rétractile.

Cautérisations. — Les cautérisations nous semblent la cause la plus fréquente des atrésies cicatricielles. Elles ont été pratiquées parfois dans un but criminel, pour provoquer un avortement. Pendant notre externat à la maternité de la Charité, plusieurs femmes nous ont avoué s'être fait elles-mêmes des injections intra-utérines, sur les indications d'une voisine expérimentée ! On est étonné, dans ces conditions, de ne pas observer davantage de perforations utérines. Sans aller aussi loin, l'instrument, si maladroitement guidé, peut déjà irriter le col et ajouter son action mécanique à l'action chimique du caustique employé.

La malade que Velpeau observa avec Caffe « avait voulu se faire avorter en s'injectant de la lessive caustique, et de longues souffrances avaient été la suite de sa criminelle tentative (1) ». Dans le cas de Schenk (*Obs. XI*), la femme s'est fait une injection vaginale avec un liquide caustique de nature inconnue, mais ayant déterminé du sphacèle étendu du col et du vagin.

Beaucoup plus souvent, les cautérisations ont été fai-

(1) Velpeau. Traité de l'art des Acc., 1835, p. 361.

tes dans un but thérapeutique (*Obs. I, III, IV, V, VIII. XV, XVII*). Les caustiques les plus divers ont alors été employés, et en particulier le fer rouge, le nitrate d'argent et le chlorure de zinc qui, à un moment donné, sous forme de pâte de Canquoin préconisée par Polaillon et Dumontpallier, a joui d'une grande vogue et causé, de ce fait, de nombreux accidents.

De tous ces caustiques, les uns agissent trop superficiellement, et laissent subsister les lésions profondes, les autres provoquent la sténose ou l'atrésie. On ne doit donc en attendre que des déboires, et c'est avec raison qu'en 1891, après avoir exposé une curieuse observation d'atrésie (*Obs. V*), Fraisse faisait de tous ces procédés cette critique ironique et sévère : « Dans ce pays, les cautérisations sur l'utérus, intus et extra, fleurissent encore comme aux beaux temps de l'ancienne gynécologie ; on n'entend parler que de femmes qui ont « une plaie à la matrice » et qui se font brûler la susdite plaie. Le plus grand nombre des praticiens emploie avec acharnement toute la série des caustiques, depuis le nitrate d'argent jusqu'au fer rouge, auquel le bâton de chlorure de zinc semble faire depuis quelque temps une forte concurrence. Quant aux résultats, ils sont toujours les mêmes, c'est-à-dire aussi néfastes (1). »

Ces fâcheux résultats ont contribué pour beaucoup au succès de la gynécologie opératoire. Celle-ci, nous l'avons vu, s'est peut-être un peu trop vulgarisée et, elle

(1) Fraisse. *Nouv. Arch. d'Obst. et Gyn.*, 1891, p. 348.

aussi, a dû enregistrer des insuccès, imputables beaucoup moins à la méthode qu'à l'inexpérience d'un opérateur trop audacieux ou à son défaut d'asepsie. C'est pour y remédier et pour donner à tous les médecins une arme moins dangereuse que M. Richelot, en 1893, a repris un ancien traitement, la *cautérisation au filhos*. « Ce traitement, dit-il, détruit les lésions glandulaires profondes, il rend au col son volume et sa forme, il ne cause jamais d'atrésie ; il n'est pas dangereux et peut être appliqué par tous les médecins ; il dure quelques semaines et laisse aux femmes leur liberté. Ce traitement, c'est la cautérisation avec le caustique filhos. Son inventeur est Amussat, qui demanda à son beau-frère Filhos et au pharmacien Gallot de solidifier la pâte de Vienne et de la couler dans des tubes de plomb. Amussat transmit son procédé à Richelot père (1). » Depuis 1893, Richelot fils a beaucoup contribué à répandre ce procédé.

Il est certain qu'entre ses mains, il a donné des résultats appréciables, exposés plusieurs fois à la Société d'Obst. Gyn. et Péd. (mai 1900 ; nov. 1901 ; nov. 1903 ; fév. 1904 et janvier 1905). Néanmoins, à ces diverses réunions, des craintes furent tout d'abord soulevées sur la possibilité de sténoses consécutives. Aux hypothèses succédèrent bientôt des réalités et on mentionna plusieurs cas de rétention menstruelle. Puis, des dystocies furent signalées. Notre première observation, point de

(1) L. G. Richelot. Chir. de l'ut. du vag. et de la vulve, 1902, p. 66.

départ de cette étude, est un cas de dystocie consécutif à des cautérisations au filhos suivant la méthode de Richelot. Il en est de même pour la malade de M. Potocki (*Obs. IV*). Dans ces conditions, il semble au moins prudent de ne pas trop conseiller un traitement soi-disant aussi anodin.

Causes adjuvantes. Influence de la grossesse. — Traumatisme obstétrical ou chirurgical et cautérisations, tels sont donc les faits que l'on trouve ordinairement à l'origine des atrésies cicatricielles du col. Mais il semble bien que ces faits soient souvent par eux-mêmes impuissants à réaliser une telle lésion, car si les causes sont très fréquentes, l'effet est heureusement fort rare. Frappé de cette discordance, Jayle admet qu'il faut des causes adjuvantes, et il croit les trouver dans une prédisposition individuelle. Pour lui, l'appareil utéro-vaginal aurait, suivant les femmes, une tendance plus ou moins marquée à la sclérose (1).

Quoi qu'il en soit, l'atrésie ne survient parfois que longtemps après l'événement qui semble lui avoir donné naissance. C'est ainsi que dans le cas de Potocki (*Obs. IV*), la femme, pendant les trois années qui suivirent le traitement au filhos, fut toujours très bien réglée, et sans douleur, et ce n'est qu'à cette époque que débuta la grossesse devant aboutir à l'accouchement dystocique. Il n'en est pas toujours ainsi, et souvent, dans le passé des parturientes, on observe des troubles

(1) Jayle. *Presse médicale*, 9 janvier 1907.

mentruels en rapport avec le degré plus ou moins marqué de sténose. Mais jamais il n'y a de véritable atrésie au moment de la fécondation, car on conçoit sans peine que celle-ci serait impossible. Ce n'est qu'au cours de la gestation que l'oblitération de l'orifice se complète. Par quelle influence agit ainsi la grossesse ? C'est là un point assez obscur. Pour Depaul, elle favoriserait l'atrésie par la *suppression des règles :* « Une nouvelle grossesse survenant, alors que le travail d'oblitération est plus ou moins avancé, produit des conditions très favorables à une adhésion complète, en supprimant l'écoulement périodique des règles, bien capable de l'empêcher (1). »

Cette opinion paraît très vraisemblable. On peut néanmoins lui faire une objection, c'est qu'on a vu survenir brusquement des atrésies avec hématométries chez des femmes jusque-là parfaitement réglées. Toutefois, si le flux menstruel ne peut s'opposer à l'atrésie, il est très possible que sa suppression, jointe peut-être à des dispositions particulières liées à l'état de gestation, favorise grandement l'oblitération complète de l'orifice cervical.

(1) Depaul. *Mém. de l'Ac. de Méd.*, 1860, p. 514.

SYMPTOMATOLOGIE

Connaissant l'étiologie de l'atrésie cicatricielle, on comprend qu'elle soit plus fréquente chez la multipare que chez la primipare, car celle-ci a été moins exposée que la première aux traumatismes du col.

Elle peut survenir chez une femme parfaitement constituée ; elle aura eu plus de chance de se produire chez une parturiente présentant quelque lésion ayant nécessité dans le passé une intervention obstétricale. C'est ainsi qu'il s'agit parfois d'une rachitique à bassin rétréci.

L'atrésie peut se révéler seulement au moment de l'accouchement dystocique, ou bien avoir donné lieu, avant la grossesse, à des troubles divers. En dehors de la gestation, c'est ordinairement par l'*hématométrie* que se manifeste l'occlusion complète du col.

Les règles, d'abord moins abondantes, finissent par disparaître complètement. Cette aménorrhée peut être supportée pendant assez longtemps, mais bientôt apparaissent de violentes douleurs. Celles-ci vont en progressant ; tous les mois, elles s'exagèrent, ce sont de véritables crises. Ces douleurs sont surtout localiséee au bas-ventre et aux reins : elles offrent les caractères des

coliques utérines. Elles se prolongent trois ou quatre jours, quelquefois plus ; leur durée est sensiblement égale à celle des époques absentes. Puis, le calme renaît, et de cette crise, il ne reste plus rien qu'une nouvelle augmentation de volume de l'utérus. Lorsque celui-ci a atteint un certain degré, les douleurs sont permanentes ; elles sont telles que les malades exigent l'intervention chirurgicale, si une rupture spontanée de la poche ne vient les soulager. L'ouverture livre passage à une plus ou moins grande quantité de sang noir et sirupeux.

A la suite de ces hématométries, il est exceptionnel que la femme devienne enceinte. On a cependant observé des grossesses ; quelques-unes se sont terminées par un accouchement normal, et Vaissier en rapporte deux cas (1) ; pour les autres, l'oblitération s'est reconstituée après la fécondation, et l'on a abouti à une dystocie. L'observation de Mac-Muller (*Obs. XVI*) est particulièrement intéressante à ce point de vue : elle nous montre une curieuse alternance de dystocies et d'hématométries.

Nous répétons qu'il s'agit là de cas absolument exceptionnels. Par contre, on peut rencontrer, avant le début de la grossesse, quelques *troubles menstruels* moins accusés et en rapport déjà avec un certain degré de rétrécissement du canal cervical, qui se complètera au cours de la gestation pour aboutir à l'oblitération.

(1) Vaissier. Thèse de Paris, 1909.

Il n'est pas inutile de connaître ces ANTÉCÉDENTS, car ils pourront aider au diagnostic, en attirant l'attention sur le col.

AU COURS DE LA GROSSESSE, on ne note aucun trouble fonctionnel spécial. Il ne peut plus être question ici de phénomène de rétention menstruelle, puisque l'aménorrhée est une des conséquences de la gestation. La grossesse évolue si bien que souvent la femme ne pense même pas à consulter. Le fait-elle, que c'est par une circonstance tout à fait imprévue que l'on est amené à faire le diagnostic à ce moment. Depaul (*Obs. XIX*) trouva un col oblitéré en voulant provoquer un accouchement pour vomissements incoercibles. M. Véron (*Obs. II*), ne se rendit compte de l'atrésie que lorsqu'il voulut introduire une sonde de Krause chez une rachitique.

Il n'y a, en effet, que le *cathétérisme* qui peut alors donner des renseignements exacts sur l'existence et le degré de l'atrésie ; mais on comprend combien une telle manœuvre pourrait être dangereuse pour l'évolution de la grossesse. Néanmoins, s'il est difficile d'affirmer la lésion d'une façon formelle, on pourra parfois la soupçonner, en tenant compte des antécédents étiologiques et pathologiques, et grâce à certaines modifications du col que le toucher aura pu dévoiler. Il faut alors prévoir un accouchement laborieux et renseigner la femme ou tout au moins l'entourage. Dans le cas rapporté par M. Potocki (*Obs. IV*), nous voyons que l'enfant est mort au cours du faux-travail : peut-être serait-il vivant, si

la mère avait été préalablement avertie et avait consulté dès le début des douleurs.

Quoi qu'il en soit, que la femme n'ait pas demandé avis, ou que le diagnostic soit resté en suspens, ce n'est d'ordinaire qu'au MOMENT DU TRAVAIL que l'on s'aperçoit de la lésion. Au début, tout se passe normalement dans la majorité des cas, et l'effacement du col se produit, peut-être un peu plus lentement que de coutume, mais sans toutefois attirer particulièrement l'attention. Quant à la dilatation, elle ne fait aucun progrès, et c'est là la caractéristique de l'affection qui nous occupe. Les contractions deviennent de plus en plus nombreuses, de plus en plus fortes. Puis, comme pour prendre un regain d'énergie, l'utérus se repose, les douleurs se calment un peu, et bientôt elles reprennent avec une nouvelle vigueur, toujours sans résultat. La femme s'agite, s'épuise ; la température s'élève, le pouls devient fréquent ; on note des symptômes généraux alarmants, et le col reste toujours invinciblement fermé. C'est ainsi que la femme que nous avons eu l'occasion d'examiner (*Obs. I*) resta 24 heures en travail ; celle de MM. Pinard et Segond (*Obs. III*) plus de 50 heures ; celle de Barsony (*Obs. XII*) plus de 4 jours. Ce n'est souvent que devant cette *lenteur du travail* que l'on s'est décidé à une intervention qui aurait donné parfois de meilleurs résultats si elle avait été plus précoce.

L'examen du ventre est utile comme pour tout accouchement, mais c'est l'exploration vaginale qui donne seule, on le conçoit, des résultats importants et précis.

Le TOUCHER VAGINAL renseigne tout d'abord sur l'*état du vagin*. Sa paroi présente souvent un degré tout particulier de sécheresse ; mais il n'en est pas toujours ainsi, car elle peut être lubréfiée par le liquide amniotique. Il n'est pas rare, en effet, d'observer une rupture précoce de la poche des eaux, et l'écoulement du liquide se fait parfois par un pertuis si minime, qu'il passe inaperçu. Dans le cas que nous avons personnellement observé, il fut impossible de retrouver la fissure par où s'était produit le suintement amniotique.

Très souvent, le vagin est indemne au point de vue cicatriciel, mais parfois il a pu être lésé par le trauma qui a intéressé le col. Dans ce cas, les cicatrices sont généralement limitées à la partie supérieure, aux culs-de-sac, mais elles peuvent être plus étendues.

Il est exceptionnel que l'atrésie intéresse seulement l'*orifice interne* du col. Nous n'en connaissons que deux exemples, celui de MM. Pinard et Segond (*Obs. III*) et celui rapporté par Depaul (*Obs. XIX*). Ce dernier indique un moyen de bien observer la lésion L'orifice externe s'étant entr'ouvert au cours du travail, on a déjà pu se rendre compte de l'obstacle avec le doigt ; mais, on ne doit pas s'en tenir là, « il faudra appliquer le speculum et explorer directement le col. Une fois que celui-ci aura été engagé dans l'extrémité de l'instrument, en poussant un peu fort, de manière à soulever en quelque sorte l'utérus, les lèvres du museau de tanche, déjà entr'ouvertes, s'écarteront davantage et l'œil s'assurera de la soudure complète de l'orifice supé-

rieur (1) ». Cet examen ne doit pas être toujours facile ; le cathétérisme, d'ailleurs, donnerait des résultats suffisamment précis.

Ordinairement, c'est à l'*orifice externe* que siège la lésion, sans doute parce que cet orifice est plus exposé que l'autre aux divers traumatismes. Telle est du moins l'opinion de Depaul. Quoi qu'il en soit, l'effacement se passe toujours très bien, déchirant au besoin quelques travées cicatricielles qui peuvent siéger dans le canal cervical. Ce n'est qu'au moment de la dilatation, que naissent les difficultés. On a vu la présentation fœtale rester élevée, c'est exceptionnel. Le plus souvent, sous l'influence des violentes contractions utérines, elle s'engage profondément, refoulant devant elle le segment inférieur à un tel point qu'il a pu arriver parfois au voisinage de la vulve. Ce segment inférieur est tellement aminci qu'on a pu, à travers sa paroi, sentir les sutures et les fontanelles mieux que par l'intermédiaire d'une poche membraneuse. Le doigt explorateur, promené sur ce segment inférieur, ne sent partout qu'une surface *lisse et unie*, sans trace d'orifice. Cependant, en précisant un peu ses sensations, on arrive souvent à reconnaître tantôt une petite élévation, tantôt une légère dépression, en somme une *irrégularité* quelconque, indice de l'orifice obstrué.

Il est bon de compléter ces sensations tactiles par la vue. On pourra, au choix, appliquer des valves ou un

(1) Depaul. *Mém. de l'Ac. de Méd.*, 1860, p. 522.

speculum. Cet EXAMEN AU SPECULUM n'est pas toujours aisé. Il est souvent douloureux et peut ne pas donner de résultat lorsque la déviation du col est trop accentuée. Dans le cas que nous avons observé, cet examen fut relativement facile et on distingua très nettement, entre deux petites élevures, une cicatrice étoilée, blanc-grisâtre.

Cet examen sera suivi du CATHÉTÉRISME qui renseignera sur la résistance de l'obstacle. Point n'est besoin d'insister d'ailleurs, et il serait dangereux d'agir avec trop de force. Depaul recommande le stylet de trousse, peut-être serait-il plus prudent de se servir d'un instrument moins fin, par exemple d'un hystéromètre, d'une bougie de Hégar ou de l'extrémité d'une pince. Sans doute, on pourra ainsi laisser échapper à l'exploration un orifice très fin, mais cela ne saurait avoir d'importance clinique. Le *doigt*, animé de mouvements de vrille, est un excellent cathétér, et que l'on a toujours à sa disposition.

Mis sur la voie par les antécédents étiologiques ou pathologique de la parturiente, l'attention attirée d'autant plus que le travail traîne en longueur, on pourra assez aisément, semble-t-il, grâce aux divers moyens que nous venons d'énumérer, affirmer l'existence de l'atrésie cicatricielle du col.

DIAGNOSTIC

Si, au moment du travail, le diagnostic positif est généralement facile, comme nous venons de le voir, il est cependant certaines causes de dystocie qu'il est bon de savoir différencier de l'atrésie cicatricielle du col, sous peine d'instituer un traitement intempestif qui peut avoir de plus ou moins graves conséquences.

Parmi ces causes d'erreur, les unes sont rares et, en général, se reconnaissent aisément ; ce sont elles que nous envisagerons tout d'abord, réservant pour la fin de ce chapitre celles qui nous semblent pouvoir exposer davantage à un diagnostic erroné.

Il existe tout d'abord des malformations du vagin qui peuvent en imposer, à première vue, pour une atrésie du col. Depaul signale une première cause d'erreur dans un mode d'*insertion du vagin* qu'il a rencontrée, dit-il, chez quelques femmes. Le vagin s'insère, non plus à une certaine distance de l'orifice externe, mais sur le bord même de cette ouverture, qui peut être extrêmement petite ; dès lors, le cul-de-sac vaginal n'existe pas. Le diagnostic a toujours été facile grâce au toucher et au speculum, et l'accouchement, dans ces cas, a toujours été normal (1).

(1) Depaul. *Mém. de l'Ac. de Méd.*, 1860,. p. 527.

Une autre disposition curieuse est le *cloisonnement transversal* du vagin, congénital ou acquis. Pour Depaul, il siège ordinairement à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur. Le vagin semble donc raccourci ; on ne trouve pas de cul-de-sac. Cette cloison est toujours perforée, l'orifice parfois très petit ne permet le passage que d'un fin stylet, qui se meut alors librement dans l'arrière-cavité. Peut-on introduire l'index, on sent facilement le col utérin avec ses divers caractères.

A côté de ces lésions vaginales, il est certaines modifications du col qui prolongent le travail, mettent obstacle à la dilatation et peuvent faire croire à une occlusion de l'orifice. Tel est le *croisement des deux lèvres*. « Plusieurs fois, dit Dugès, nous avons senti l'antérieure couverte et embrassée par la postérieure qui masquait ainsi l'orifice, de sorte que le doigt ne pouvait y pénétrer que dans une position très oblique. Cette introduction donnait le moyen de rectifier promptement l'erreur et de réduire les parties à un état plus favorable (1). »

Nous rapprocherons de ce cas l'*allongement hypertrophique* du col, dont le professeur Ribemont-Dessaignes a rapporté, en 1905, une curieuse observation (2). On ne pourrait le confondre qu'avec une atrésie de l'orifice interne ; le cathétérisme lèverait tous les doutes.

M. Maygrier rapporte que le professeur Budin avait

(1) Cazeaux et Tarnier, 10 éd. p. 717.
(2) *Ann. Gyn.*, 1905, p. 121.

appelé particulièrement l'attention sur les *primipares âgées* chez qui, parfois, le col s'efface très lentement et l'orifice ne se dilate pas. Il reste longtemps punctiforme, pouvant faire croire à une oblitération. Et il ajoute avoir observé lui-même un cas de ce genre chez une primipare de 41 ans (1).

Le col est dit rigide, lorsque son effacement et sa dilatation ne progressent pas ou ne s'opèrent qu'avec une extrême lenteur. On distingue généralement trois sortes de rigidités. Nous ne nous étendrons pas sur la *rigidité dite anatomique* ni sur la *rigidité spasmodique*. On ne saurait les confondre avec la lésion qui nous occupe, après un toucher sérieusement fait, complété au besoin par le cathétérisme explorateur. Nous en dirons autant de la *rigidité pathologique*. Nous insisterons un peu cependant sur la *syphilis du col*. Le chancre et l'ulcération secondaire ne déterminent d'ordinaire qu'une rigidité partielle. On les reconnaît, en général, assez facilement par le toucher et l'examen au speculum. Plus délicat est parfois le diagnostic de l'infiltration diffuse de tout le col. E. Saias (2) l'a bien étudiée au point de vue dystocique. Elle pourrait donner lieu à une oblitération complète de l'orifice externe. MM. Gasiglia et Ciando, de Nice, en ont rapporté à la Société d'Obstétrique, le 11 juin 1908, une très curieuse observation. Elle se rapproche tellement de l'atrésie cicatricielle que nous nous permettons de la résumer :

(1) Maygrier. In *Tarnier et Budin*, 1898, Tome III, p. 410.
(2) Saias. Thèse de Paris, 1906-07.

Femme X..., entrée à la maternité départementale dans la nuit du 25 février 1908. Secondipare de 22 ans, en travail depuis le 23 février à 10 heures du matin. Grossesse à terme. Cette femme avait été admise à la maternité lors de son premier accouchement à terme, survenu le 4 décembre 1906. Le registre des observations porte l'annotation suivante : « Accouchement à terme. Enfant mort à l'entrée dans le « service. Travail laborieux ; rigidité du col. Fœtus macéré. « Signes non douteux de spécificité, (chancre induré au niveau « du 1/3 supérieur de la lèvre gauche de la vulve). Légère « infection durant les jours consécutifs. Sortie le 19 décem- « bre 1906 en bon état. »

A l'examen actuel, traces, au niveau du visage, de cicatrices résultant d'anciennes lésions syphilitiques, collier de Vénus nettement marqué. Sommet mobile au-dessus du détroit supérieur; dos à droite. B. D. C., non perçus. Bassin rachitique, promontoire accessible.

Le fond du vagin était occupé « par une masse régulière dans sa forme générale, et ovoïde, présentant au toucher une consistance dure et fibreuse ». Pas de trace d'orifice.

Hystérotomie vaginale sur le point qui parut devoir coïncider avec l'orifice oblitéré du col, « bien qu'aucune dépression ni amincissement de la paroi utérine n'indiquassent l'existence sous-cicatricielle dudit orifice ». Deux coups de ciseaux en croix ouvrirent la tumeur utérine ; élargissant au doigt, l'orifice ainsi obtenu livra passage à du liquide amniotique jaune-verdâtre. Il fut alors possible d'atteindre, au toucher, l'orifice interne présentant une dilatation, aux bords rigides de 2 francs environ. Mise en place de l'écarteur Tarnier; basiotripsie. — Guérison de la femme.

MM. Gasiglia et Ciando signalent la rareté d'un tel fait et ils attribuent très nettement celui-ci à la syphi-

lis. Il est bien probable, en effet, qu'elle soit en cause ; mais elle peut ne pas avoir agi seule. Lors du premier accouchement, disent-ils, on se trouvait déjà en présence d'un col rigide, et le travail a été laborieux. Peut-être a-t-il pu se produire une déchirure du col passée inaperçue et ayant donné lieu par la suite à une cicatrisation défectueuse.

Les lésions précédentes sont rares et d'ordinaire on peut les distinguer aisément de l'atrésie cicatricielle du col. Celles que nous allons exposer, ont prêté davantage à confusion.

En présence du segment inférieur tendu, aminci, permettant au doigt de distinguer les sutures et les fontanelles, on a pu croire à une *dilatation complète* de l'orifice. Et nous voyons un médecin, désireux de rompre la poche des eaux, transpercer la paroi utérine avec une épingle à cheveux (*Obs. VII*). On conçoit que l'erreur eût été plus funeste si, comme on l'a observé en d'autres circonstances, il avait voulu tenter une application de forceps.

Une autre méprise facile se rapporte aux *déviations du col*. Dans ces cas non plus, on ne trouve pas d'orifice, non pas parce qu'il est oblitéré, mais parce qu'on ne sait pas le chercher, parce que l'examen est incomplet. Velpeau, peu convaincu de l'existence de l'atrésie, a particulièrement insisté sur cette cause d'erreur. « J'ai vu tant de fois déjà des praticiens, même assez exercés, affirmer que l'orifice vaginal de l'utérus n'existait pas, quand il était tout simplement relevé vers l'angle sacro-

vertébral, qu'il me paraît facile de rapporter à cette méprise la majorité des cas de prétendue oblitération du col (1). »

M. Auvard est aussi catégorique. « C'est dans les cas de déviations très marquées de l'orifice externe qu'on a été conduit à croire à l'oblitération, et à pratiquer sur l'utérus des incisions non seulement inutiles, mais parfois mortelles... En principe, ne croyez pas à l'oblitération du col ; sauf de rares exceptions, cette oblitération est une erreur de diagnostic (2). »

Ces déviations du col accompagnent quelquefois des déviations du corps de l'organe. Beaucoup plus souvent, pour Depaul (3), ces déviations sont dues à ce que les diverses parties de l'utérus se développent inégalement pendant la gestation. Souvent, la partie antérieure du segment inférieur se développe beaucoup plus que la postérieure. La présentation, le plus souvent la tête, pousse devant elle cette paroi antérieure, l'amincit ; le col se trouve porté en arrière et en haut, quelquefois très difficile à atteindre.

Ce que l'on vient de dire de la paroi antérieure, se passe plus rarement pour la paroi postérieure du segment inférieur. Pressée par la présentation, elle s'achemine vers la vulve, alors que l'orifice est situé derrière le pubis. On peut croire aisément à une oblitération du col. Depaul lui-même fut victime de cette erreur.

(1) Velpeau. Traité de l'art des Acc., 3e éd., p. 361.
(2) Auvard. Traité prat. d'Acc., 4e éd., p. 482.
(3) Depaul. *Bull. de l'Ac. de Méd.*, 1864-65, p. 1229.

Il incisa ; la malade mourut, et, à l'autopsie, il s'aperçut qu'il n'avait pas su reconnaître le col. Ce fut l'origine de son remarquable travail sur la *dilatation sacciforme* (1).

Avant de conclure à l'atrésie on ne saurait donc faire un examen trop minutieux. Si un doigt ne suffit pas, on examinera avec deux doigts ; au besoin même, on fera le toucher manuel, sous chloroforme si cela est nécessaire. Il est indispensable d'explorer complètement les culs-de-sac vaginaux.

Il est une lésion du col si voisine de l'atrésie cicatricielle, que quelques auteurs les confondent. Nous voulons parler de *l'agglutination* de l'orifice externe. Nous la trouvons mentionnée par Mme Lachapelle. « Nous avons vu quelquefois ce même orifice externe ou vaginal, en quelque sorte obstrué par des mucosités gélatineuses et épaisses (2). » Elle a été particulièrement bien étudiée par Naegelé. « Le tissu pseudo-membraneux ou fibreux qui la constitue est semblable, dit-il, à cette matière qui sert de moyen d'union entre le placenta et la matrice, à celle qui unit le poumon avec la plèvre costale, ou les intestins entre eux et avec la paroi abdominale, lorsque l'inflammation se termine par adhérence (3). »

Les causes de cette agglutination sont assez obscures ; on l'attribue généralement à un certain degré d'in-

(1) Depaul. *Arch. de tocologie* ,1876 et janv. 1877.

(2) La Chapelle. Pr. des Acc. 1825, Tome III, p. 294.

(3) Nœgelé et Grenser. Traité d'Acc. trad. d'Aubenas, p. 568.

flammation du col au cours de la grossesse. Peut-être n'est-elle que l'exagération d'un processus normal, de la formation du bouchon gélatineux du col qui se désagrège au début du travail. La nature seule réussit sans doute à vaincre l'obstacle dans beaucoup de cas ignorés, car les observations de dystocie par agglutination du col sont très rares. Dans tous les cas, il a suffi de détruire cette agglutination avec le *doigt animé de mouvements de vrille*, et dès lors la dilatation s'est opérée et l'accouchement normalement effectué.

Cette agglutination diffère donc de l'atrésie cicatricielle en ce qu'elle se produit chez des femmes en apparence normales et n'ayant pas présenté dans le passé les diverses causes de cicatrisation vicieuse que nous avons examinées. Les adhérences détruites, le col est normal et se dilate facilement. Il en est tout autrement du col rigide cicatriciel qui nécessite une intervention sanglante.

Avant de se prononcer nettement sur l'existence d'une atrésie cicatricielle, il faudra donc, avec le doigt ou un instrument mousse, tenter de rompre l'obstacle. Ce moyen de diagnostic est d'autant plus précieux qu'il reste le meilleur traitement de la dystocie par simple agglutination.

PRONOSTIC. — COMPLICATIONS

Nous avons vu précédemment la violence habituelle des contractions utérines dans le cas d'atrésie ; c'est la lutte terrible et désespérée de l'adversaire contre un obstacle insurmontable ! Pour peu qu'elle se prolonge, cette lutte ne va point sans un épuisement de la femme ; il se produit des modifications de la température et du pouls, de l'agitation, des symptômes généraux alarmants qui font craindre pour ses jours.

S'il n'y a pas toujours de danger immédiat, il faut savoir que cet épuisement met la parturiente dans un état de moindre résistance et l'expose tout particulièrement à l'*infection*. Celle-ci a d'autant plus de chances de se produire, qu'il arrive parfois que la poche des eaux soit précocement rompue et que l'on mulitplie d'autant plus les touchers que le travail traîne davantage.

A un moment donné, le muscle utérin fatigué peut cesser subitement de se contracter. C'est l'*inertie secondaire*. Elle peut durer plus ou moins longtemps. On voit quelquefois les douleurs reprendre au bout de quelques heures. Dans le cas de M. Potocki (*Obs. IV*), les douleurs se produisirent au terme de la grossesse et durèrent plusieurs jours. Elles se calmèrent soudain pour

ne reprendre qu'un mois après. L'enfant était mort au cours du faux-travail.

Beaucoup plus souvent, bien loin de se relâcher, les douleurs ont une intensité croissante, et bientôt la contraction utérine devient permanente : c'est la *tétanisation utérine*, analogue à celle que l'on observe parfois après des irritations répétées du col ou l'administration d'ergot de seigle. Peu à peu, sous son influence, on constate l'ascension de l'anneau de contraction, et, d'après Bandl et Frommel, on peut alors sentir les ligaments ronds tendus par cette distension exagérée du segment inférieur. Celui-ci est particulièrement aminci : le moment devient critique. « De l'amincissement à la rupture, il n'y a qu'un pas, et ce pas est rapidement franchi quand il existe un point faible dans les parois du segment inférieur. Ce point faible peut être causé par une altération de la paroi (cicatrice, dégénérescence). » (Brindeau) (1).

Il est inutile d'insister sur la gravité de la *rupture utérine* au cours de ce travail laborieux. Dans le cas observé par Wallich (*Obs. IX*), la femme ne fut sauvée que grâce à une intervention immédiate. La malade de Fraisse (*Obs. V*) succomba deux jours après une opération qui, d'ailleurs, avait dû être pratiquée dans des conditions particulièrement défectueuses.

Telles sont les principales complications auxquelles

(1) Brindeau. Traité d'Acc. de Bar, Brindeau et Chambrelent, 1907, Tome II, p. 609.

la mère est exposée. Quant à l'enfant, son sort est encore beaucoup plus compromis. Non seulement dans le cas de rupture, où il est exceptionnel de l'extraire vivant, mais même lorsque les contractions utérines sont trop rapprochées, et à plus forte raison lorsqu'il y a tétanisation, la circulation placentaire n'a pas le temps de se rétablir, et l'enfant succombe à l'*asphyxie*.

Le PRONOSTIC paraît donc très sombre. Cependant, en parcourant les observations publiées, on voit que, parfois, on a réussi à avoir un enfant vivant, et surtout que la guérison de la mère a le plus souvent eu lieu. Sans doute, à côté de ces cas heureux, il en est peut-être beaucoup d'autres moins brillants, passés sous silence. Mais, même dans les cas connus, nous voyons que la mère et l'enfant n'ont dû leur salut qu'à l'intervention sanglante. Le pronostic dépend essentiellement du *traitement*.

Plus vite on agit, plus on a de chances d'avoir un enfant vivant ; on soustrait la femme à la rupture utérine qui la menace ; on la met à l'abri de cet épuisement qui peut être pour elle un danger immédiat ou tout au moins éloigné, en la prédisposant à l'infection d'une part, et d'autre part, à un choc plus marqué lors de l'intervention nécessaire.

TRAITEMENT

Nous ne saurions mieux commencer ce chapitre du traitement de la dystocie par atrésie cicatricielle du col qu'en rappelant l'importance du TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE de cette atrésie elle-même. Nous l'avons déjà exposé à propos de l'étiologie ; nous ne ferons qu'en indiquer brièvement les grandes lignes : Il faudra toujours s'appliquer, lors d'un accouchement, à éviter les déchirures du col ; ne jamais pratiquer une manœuvre obstétricale avant que l'orifice soit complètement dilatable ; agir avec lenteur et avec la plus scrupuleuse asepsie. Ne pratiquer des opérations sur le col que lorsqu'elles sont parfaitement indiquées et avoir toujours pour but une réunion immédiate. S'abstenir des cautérisations, en particulier des cautérisations intra-cervicales, dont le résultat est le plus souvent funeste.

Si, par hasard, on a la chance de faire le diagnostic de l'atrésie PENDANT LA GROSSESSE, celle-ci évoluant en général très bien, il suffit d'attendre le terme. On pourra alors intervenir dès le début du travail, ou même avant l'apparition des douleurs.

Le plus souvent, on n'est averti qu'AU COURS DU TRA-

VAIL. Quelle est alors la conduite à tenir en face de la dystocie ?

Tout d'abord, le traitement doit être *précoce*. Lorsqu'on s'est rendu compte de l'obstacle, lorsque le doigt explorateur s'est assuré qu'on n'est pas en présence d'une simple agglutination du col, mais bien d'une oblitération fibreuse, résistante, de nature cicatricielle, il ne faut point compter sur l'efficacité des contractions utérines. Attendre trop longtemps, serait perdre un temps précieux ; les minutes qui passent sont autant de chances de moins de survie pour la mère et l'enfant. Cet utérus qui refuse de livrer passage au fœtus, il faut l'ouvrir ; l'hystérotomie s'impose. Ce qui peut faire hésiter, c'est le choix de la voie par où on abordera la matrice : la voie vaginale ou la voie haute.

Par *voie vaginale*, 3 procédés peuvent être employés :

La section césarienne vaginale ;

Les incisions profondes, suivant la méthode de Dührssen ;

Et les incisions simples.

La SECTION CÉSARIENNE VAGINALE, dont la technique a été fixée par Dührssen, a surtout été employée en Allemagne. En France, on lui préfère la césarienne abdominale, où l'on opère au grand jour et sur des tissus dont on a pu faire une bonne antisepsie préalable. Dans une statistique publiée par Dührssen lui-même et portant sur 201 cas, la mortalité maternelle a été de 28, soit de 14 0/0. De son côté, le professeur Bar a réuni 174 faits de césarienne abdominale, et la mortalité ma-

ternelle n'a été que de 6,32 0/0 (1). Il est vrai que l'on ne se trouvait pas toujours dans d'aussi bonnes conditions opératoires ; mais il faut savoir que, dans les cas d'atrésie cicatricielle du col, le vagin peut être lui-même atteint, présenter même de graves altérations cicatricielles. D'autre part, le travail a parfois duré depuis longtemps, et l'on a souvent multiplié les touchers qui n'ont peut-être pas toujours été faits avec une minutieuse asepsie. Toutes ces raisons nous semblent autant de contre-indications à la césarienne vaginale.

Quant aux INCISIONS PROFONDES de Dührssen, nous en empruntons l'exposé à MM. Bar et Guéniot : « Le manuel opératoire est le suivant : on rend le col accessible par deux incisions postéro-latérales du périnée, incisions profondes qui permettent d'opérer facilement dans les parties hautes du vagin. On fait alors quatre incisions profondes sur le col, d'abord une en arrière, puis deux franchement latérales, la dernière directement en avant. Ces incisions atteignent le segment inférieur qui doit s'être dilaté par les seuls effets des contractions utérines ou avoir été préalablement dilaté par un ballon. La main, introduite par la voie créée, va chercher les pieds de l'enfant, ou bien on extrait celui-ci par le forceps, ou bien encore on peut laisser l'accouchement se terminer spontanément (2). » Nous ne nous étendrons pas sur ce procédé dangereux, ex-

(1) BAR. Prat. des Acc., 1907, Tome II, p. 936.

(2) BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. Pr. des Acc., 1907, Tome II, p. 691.

posant non seulement à l'infection des incisions, mais à la rupture utérine, et à des hémorrhagies graves, parfois mortelles. « Les incisions profondes de Dührssen n'ont guère été faites en France ; on doit les considérer comme une méthode risquée, dangereuse, qui ne doit être mise en pratique que par des gynécologues exercés. » (Bar et Guéniot.)

Restent les INCISIONS SIMPLES du col. Elles ont été pratiquées depuis fort longtemps. Dans presque tous les cas dont nous rapportons l'observation, ce sont elles qui ont été employées. C'est le traitement préconisé par Depaul.

La plupart des opérateurs ont d'abord sectionné le point correspondant à l'orifice oblitéré, tâchant de ne pas léser la poche des eaux et surtout la présentation fœtale. L'orifice créé, ils ont pratiqué de multiples incisions sur l'anneau cicatriciel rigide. Dès lors, la dilatation s'est opérée, mais parfois imparfaitement et avec lenteur, et ils ont dû souvent terminer par une application de forceps. Nous voyons parfois l'enfant déjà très compromis, succomber au cours de ces diverses manœuvres. Dans le cas de Schenk (*Obs. XI*) tout avait été préparé pour une opération césarienne ; malheureusement, on voulut tenter l'accouchement par les voies naturelles. Après les incisions du col, on pratiqua une version, et on dut perforer le crâne pour éviter des déchirures, sacrifiant ainsi un enfant vivant.

Ces incisions du col ont donc un pronostic réservé en ce qui concerne l'enfant. Pour ce qui est de la mère,

elle s'est généralement guérie, mais après avoir inspiré souvent de sérieuses inquiétudes. L'intervention, il est juste de le dire, a d'ailleurs souvent été faite tardivement, alors que la femme était déjà épuisée.

Il est certain qu'il y a quelques années encore, ces incisions étaient beaucoup moins graves pour la mère qu'une intervention par voie abdominale. Elles étaient loin cependant d'être sans danger, et Mme Lachapelle le faisait déjà remarquer : « On ne peut se flatter d'obtenir par incision un passage assez libre pour que le déchirement ne prolonge pas beaucoup plus loin l'entamure, et ne la pousse peut-être jusqu'au corps de la matrice (1). » M. Lepage émettait les mêmes craintes, en rapportant son observation (*Obs. VI*) : « Les accouchements qui se produisent ainsi à travers un col cicatriciel ne sont pas toujours sans danger ; le tissu de cicatrice résiste, des déchirures peuvent se produire, soit au niveau du tissu cicatriciel, soit dans les tissus avoisinants et intéresser des vaisseaux importants ou être l'origine de déchirures utérines qui remontent dans le segment inférieur. » Et il rapporte l'histoire d'une femme venue à la clinique Baudelocque pour un cinquième accouchement et à qui on dut faire une version par manœuvres internes. Tout se passa à peu près normalement, mais cette femme perdit du sang lors de la délivrance. On pensa à une hémorrhagie du segment inférieur. Tamponnement vaginal. Malgré cela, la

(1) Lachapelle. Prat. des Acc., 1825. Tome III, p. 308.

femme succomba à l'hémorrhagie. A l'autopsie, on constata un tissu cicatriciel avec solution de continuité intéressant un gros vaisseau dans l'intérieur du canal cervical (1).

Aussi, aujourd'hui que la CÉSARIENNE ABDOMINALE est bien réglée et s'est beaucoup généralisée, nous semble-t-il préférable d'employer la voie haute dans les cas d'atrésie cicatricielle du col, surtout lorsque l'enfant est vivant. Nous ne connaissons que 4 observations (*Obs. I, II, III, VI*) où l'opération abdominale ait été pratiquée avant la rupture utérine. C'est évidemment trop peu pour pouvoir porter un jugement définitif. Néanmoins, ces cas sont encourageants, car la guérison de la mère a toujours été observée. Une fois, le fœtus était mort avant l'intervention (*Obs. III*) ; on a eu l'enfant vivant dans les 3 autres cas. Malheureusement, dans celui que nous avons pu observer, un des jumeaux est mort le 4e jour ; mais le décès n'a rien à voir avec l'opération. C'était un prématuré, qui a fait du sclérème.

Une question se pose : doit-on faire la *césarienne conservatrice ou pratiquer l'ablation de l'utérus ?* Si la conservation de l'organe peut être une cause de danger pour la mère, il n'y a pas à hésiter et il faut faire l'amputation utérine. MM. Pinard, Segond et Couvelaire (*Obs. III*) ont pratiqué l'hystérectomie, parce que la rupture de la poche des eaux remontait à plus de deux jours, et qu'ils se trouvaient en présence d'un enfant

(1) LEPAGE. *Bull. médical*, 14 nov. 1903.

mort et d'un début d'infection utérine. M. Lepage (*Obs. VI*) a fait l'opération de Porro, parce que l'œuf était ouvert depuis plus de 36 heures, que l'enfant avait souffert, et qu'il y avait de la température.

Nous ne discuterons pas ici les avantages et les inconvénients respectifs de l'HYSTÉRECTOMIE TOTALE et de l'OPÉRATION DE PORRO. Si la première est plus rationnelle, la seconde est plus rapide et d'exécution plus facile. Tel est l'avis du professeur Pinard qui, à propos de son observation, indique les difficultés toutes particulières de l'hémostase dans l'hystérectomie totale, lorsqu'il s'agit d'un utérus gravide. Et il ajoute :

« Lorsqu'un chirurgien, ayant à sa disposition le matériel instrumental nécessaire, se trouve en présence d'une femme qui est dans les conditions où était notre opérée, il ne doit pas hésiter à recourir à l'hystérectomie abdominale totale, en prenant les précautions indiquées au point de vue de la ligature des vaisseaux. Mais si des conditions inverses existent, conditions fréquentes dans la pratique obstétricale, c'est-à-dire s'il s'agit d'un médecin peu entraîné à la chirurgie et n'ayant qu'un matériel insuffisant sous la main, il fera mieux de recourir à l'opération de Porro, d'exécution plus facile (1). »

On pourrait penser *a priori* que, dans le cas d'atrésie cicatricielle, la CÉSARIENNE ABDOMINALE CONSERVATRICE est toujours à rejeter, à cause de la difficulté du *drai-*

(1) PINARD. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1906, p. 708.

nage. A cela, on peut répondre qu'il est facile d'ajouter à l'opération classique la réfection du canal cervical. On peut, consécutivement, perforer l'orifice obturé de bas en haut, comme l'a fait M. le Dr Tissier (*Obs. I*) ; il éprouva quelques difficultés et regretta de ne pas l'avoir fait de haut en bas, au cours même de l'opération. Ainsi agit le professeur Véron (*Obs. II*) et nous rappelons son mode opératoire qui nous paraît d'exécution facile : Avant l'opération, il plaça une pince-repère sur le point présumé de l'orifice cervical ; puis, après avoir débarrassé l'utérus de son contenu, il incisa de haut en bas sur cette pince vaginale repère, et reconstitua ainsi un canal cervical où il introduisit un drain. Ainsi, la durée de l'opération ne fut guère augmentée. On conçoit qu'au lieu du drain, il eût été facile d'employer la longue bande stérilisée réalisant le tamponnement, suivant la pratique conseillée par M. le professeur Bar.

L'idéal, évidemment, c'est de pouvoir intervenir, comme l'a fait M. Véron, avant le travail où dès le début de celui-ci. Mais des conditions moins avantageuses ne seraient pas une raison suffisante pour rejeter d'emblée la césarienne conservatrice. Dans le cas de M. Tissier, la malade était en travail depuis longtemps et la poche des eaux rompue depuis 24 heures ; mais il faut ajouter que le liquide amniotique était normal et les bruits du cœur très bons.

On pourrait objecter encore qu'il est bien préférable d'enlever un utérus qui, par la suite, pourra se refermer et exposer la femme à de nouveaux accidents. Nous

ne le croyons pas. Sans doute, s'il survient une autre grossesse, on pourra peut-être se trouver aux prises avec de nouvelles difficultés. Mais on pourrait en dire autant pour les hystérotomies pratiquées, par exemple, pour les bassins très rétrécis. Or, aujourd'hui, les cas de césarienne répétée sont assez nombreux et d'un bon pronostic.

Néanmoins il faudra veiller à s'opposer à cette réoblitération du canal cervical. Pour cela, il sera bon de faire des séances de *dilatation*, avec des bougies de Hégar, par exemple. Ce cathétérisme sera d'autant plus utile chez les nourrices, que, chez elles, la menstruation ne saurait renseigner sur l'état du col.

En somme, pour nous résumer, nous pensons que les *incisions du col* doivent être un procédé d'exception, surtout lorsque l'enfant est vivant. S'il se trouve une indication quelconque à l'ablation de l'utérus, on pratiquera l'*hystérectomie totale* ou, plus souvent, l'*opération de Porro*. Dans tous les autres cas, on devra donner la préférence à la *césarienne abdominale conservatrice*, en ayant soin de reconstituer un canal cervical par où s'assurera le drainage, et sur lequel on fera par la suite quelques séances de dilatation. Peut-être même pourrait-on y joindre quelque traitement adjuvant, tel que l'électrolyse par exemple.

En tout cas, si les résultats répondent à ceux encore trop peu nombreux observés jusqu'ici, on aura la satisfaction d'avoir assuré la vie à l'enfant, et d'avoir conservé à la femme un organe important dont on aura rétabli les fonctions.

OBSERVATIONS

Observation I. (*Personnelle.*)

(Service de M. le Dr Tissier, La Charité).

Dystocie par atrésie cicatricielle du col. — Césarienne abdominale conservatrice. — Guérison.

Il s'agit d'une dame de 34 ans, ménagère, entrée à la maternité de La Charité le 28 décembre 1908.

C'est une femme d'apparence robuste. A part une légère bronchite, il y a quatre ans, et une métrite, elle ne se rappelle pas avoir été malade. On ne relève chez elle aucune trace de spécificité.

Elle a été réglée à 12 ans et demi ; depuis, elle l'a toujours été régulièrement ; ses époques durent sept à huit jours.

Elle a eu jusqu'ici 3 grossesses qui toutes se sont terminées par un accouchement normal, à terme. Les enfants — 3 filles — sont actuellement bien portantes, âgées de 13 ans, 10 ans et demi et 9 ans.

Vers le 15 mai 1907, cette femme a eu, dit elle, une bartholinite. L'abcès s'est ouvert spontanément au bout de quelques jours et cicatrisé rapidement. Mais, dès ce moment, surviennent des pertes vaginales abondantes s'accompagnant de douleurs abdominales violentes et de fatigue générale très marquée obligeant la femme à rester au lit ou étendue sur

une chaise-longue. Néanmoins, les règles sont toujours régulières, pas de métrorrhagie.

Elle supporte cet état jusqu'au mois d'octobre 1907, où elle se décide enfin à consulter. Le médecin diagnostique une métrite et lui ordonne de se faire, 3 fois par jour, des injections au permanganate et, 2 fois par jour, des tamponnements à la glycérine iodée. Elle suit cette médication jusqu'au mois de janvier 1908 ; les pertes ont alors très notablement diminué ainsi que les douleurs.

A ce moment, — chose intéressante à noter — son médecin lui ordonne de cesser et lui fait lui-même, une fois chaque semaine, sauf au moment des règles, des cautérisations au filhos. Ce nouveau traitement est continué jusqu'à la fin d'avril 1908, où le docteur déclare que la guérison est complète.

La femme est réglée, pour la dernière fois, du 5 au 13 mai suivant, et c'est alors que commence la grossesse qui doit aboutir à l'accouchement dystocique. — La grossesse évolue bien ; la malade n'a plus ni pertes, ni coliques.

Le 27 *décembre* 1908, à 10 heures du matin, la femme s'aperçoit qu'elle perd un peu d'eau, et depuis, il se fait un léger suintement amniotique qui doit se produire par une fissure imperceptible. *Le* 28 *décembre*, à 1 heure du matin, apparition de fortes douleurs. Un médecin consulté constatant l'inefficacité des contractions utérines, conseille à la malade de venir à La Charité. Elle entre à la salle de travail le même jour, 28 décembre, à 10 heures du matin.

D'après la date de ses dernières règles, elle ne serait enceinte que de sept mois et demi environ ; mais le ventre est volumineux,tendu,les contractions violentes,et le papier particulièrement difficile. On croit, sans oser l'affirmer, avoir affaire soit à un gros enfant, soit à une grossesse gémellaire.

Au toucher, on trouve, au fond du vagin, l'utérus bombant,

tendu, aminci, mais aucune trace de col. — L'examen au spéculum confirme l'absence du col et révèle l'existence d'une petite cicatrice étoilée. C'est en vain que l'index, animé de mouvements de vrille, essaie de pénétrer à cet endroit présumé du canal cervical

La poche des eaux étant rompue depuis longtemps déjà, les contractions utérines violentes pouvant faire craindre une rupture, il y a urgence à intervenir. On pense un instant aux débridements multiples, mais, ne sachant pas exactement où s'arrête le tissu de cicatrice, et le passage d'un gros enfant pouvant déterminer des déchirures étendues, la césarienne adbominale est décidée.

Elle est pratiquée à 2 heures du soir. Après laparotomie, l'utérus, très volumineux, est extériorisé et incisé sur la ligne médiane, longitudinalement. On arrive sur la partie latérale d'un placenta ; celui-ci est décollé en partie et refoulé, et, l'œuf étant ouvert, on extrait un enfant du sexe masculin. Comme le placenta est déjà en partie décollé, on termine aussitôt la délivrance, bien qu'il reste un deuxième enfant. L'extraction de ce deuxième enfant — une fille — est suivie immédiatement de la seconde délivrance.

Restait à tamponner et à drainer l'utérus ; mais c'est en vain que l'on cherche l'orifice interne. Ne voulant pas trop prolonger l'opération, M. Tissier suture l'utérus à la soie, et la paroi abdominale aux crins, se proposant de pénétrer ensuite dans l'utérus par la voie vaginale. Plusieurs tentatives restant vaines, on remet le cathétérisme au lendemain matin. Il était alors indispensable d'agir de quelque façon que ce fût, car on ne pouvait songer à abandonner plus longtemps cette cavité close. A 10 heures, on donne donc à nouveau un peu de chloroforme, et on tente de faire pénétrer dans l'utérus des bougies de Hégar. On y arrive, en forçant légèrement, et plusieurs bougies sont introduites successive-

ment jusqu'au n° 13. On se refuse à mettre une mèche, craignant de refouler dans la matrice des germes du vagin.

D'ailleurs à partir de ce moment, l'écoulement des lochies se fait très bien.

Les jours suivants, il se fait une légère suppuration en un point de l'incision abdominale ; mais elle cède rapidement à l'ablation de 2 crins et aux attouchements à la teinture d'iode. Au bout de huit jours, on enlève tous les fils. La femme se porte bien ; sa température a toujours été normale, et le pouls excellent.

Les pertes vaginales persistant et sentant un peu mauvais, on fait des injections vaginales à l'eau oxygénée jusqu'au 20 janvier.

Le 21 janvier, on pratique l'examen au speculum : la muqueuse vagino-utérine présente alors son aspect normal ; il n'y a pas de col à proprement parler, mais on constate néanmoins l'existence d'un petit bourrelet au dessous duquel se trouve un orifice, perméable, dans lequel on introduit facilement des bougies de Hégar jusqu'au n° 7.

Le 27 janvier, la malade quitte l'hôpital complètement rétablie.

A la naissance, le premier enfant, le garçon, pesait 2.150 grammes et le placenta 370. La petite fille pesait 2.250 gr. et le placenta 450. Le garçon a fait du sclérème et est mort le 4e jour ; la fille est partie en bonne santé en même temps que la mère.

18 *mars*. — La femme revient avec son enfant pesant 3.470 gr. La mère, nourrissant son enfant, n'a pas revu ses règles. Nous l'examinons. Au toucher, utérus qui n'est guère plus gros que celui d'une multipare ordinaire, mobile, et non douloureux. Le col s'est en grande partie reformé, il est assez mou, non douloureux. On sent très bien l'orifice externe. On place le spéculum et on tente le cathétérisme avec une bougie de Hégar n° 4. On éprouve, à l'orifice

externe, quelque résistance ; mais, celle-ci vaincue, la bougie pénètre facilement. On introduit ainsi successivement plusieurs bougies, jusqu'au n° 8, et on conseille à la femme de revenir chaque mois subir une séance de dilatation.

Observation II

Prof. Véron (*Rennes*). — *Oblitération du col de l'utérus chez une sextipare à bassin rétréci. Césarienne : suites immédiates et tardives bonnes.* (Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, 1905, p. 318.)

S. T..., 32 ans, offre un certain nombre de stigmates de rachitisme (voûte palatine ogivale, chapelet chondro sternal, ensellure lombaire prononcée) ; elle a marché à 18 mois seulement. Sa taille est de 1 m. 48. Son pelvis présente tous les caractères du bassin rachitique aplati, variété annulaire. Le diamètre Pr. So. P. mesure 10 cm. 2 ; les diamètres bisiliaque antérieur et bicrête égalent respectivement 22 cm. et 24 cm. 5.

Le passé obstétrical de cette multipare qui appartient tout entier au chapitre de la Dystocie, explique suffisamment l'oblitération constatée au niveau du col lors de la 6e grossesse. Tous les accouchements antérieurs ont nécessité, en effet, des interventions plus ou moins complexes au cours desquelles la région cervicale n'a pu rester indemne selon toute vraisemblance.

1re *grossesse* (1897). Rupture prématurée de la poche des eaux ; forceps, enfant mort.

2e *grossesse* (1898). Accouchement à terme le 1er novembre 1898 ; une tentative infructueuse de forceps ; version podalique ; enfant mort.

3 *grossesse* (1899-1900). Accouchement provoqué à l'aide d'une sonde de Krause à 8 mois de gestation, en mars 1900 ; enfant mort.

4e *grossesse* (1901). Accouchement provoqué à 8 mois, en septembre 1901 ; forceps sans résultat ; version podalique, enfant mort.

5e *grossesse* (1902). Accouchement à terme ; présentation de l'épaule ; rupture précoce de la poche des eaux ; version podalique ; enfant mort.

6e *grossesse*. Oblitération du col utérin ; opération césarienne. Le 13 mai 1904, S. T... vient se faire examiner à la Maternité de Rennes. Elle est alors parvenue vers la fin du sixième mois de sa gestation. Les dernières règles pour la grossesse en cours ont eu lieu du 1 au 4 octobre 1903, mais la femme affirme n'avoir pu devenir enceinte avant le 15 novembre suivant et ses dires correspondent avec l'âge qui peut être assigné à la gestation d'après le volume que présente l'utérus. Au début de cette grossesse, S. T... a présenté quelques malaises et l'examen de ses urines, pratiqué le 16 mai, y a décelé la présence d'albumine.

Le 9 juin 1904, la grossesse étant de 8 mois environ, on cherche à provoquer l'accouchement par l'introduction d'une sonde de Krause, mais on ne peut y réussir, car il est impossible de repérer dans le vagin l'orifice externe de l'utérus. Le doigt ne rencontre qu'une petite dépression infundibuliforme dont le fond est complètement obturé par une sorte de membrane à surface rugueuse. Cette membrane résiste aux pressions réitirées qu'on exerce avec la sonde de Krause. L'oblitération du col est complète.

Dans ces conditions, tenant compte en outre de l'atrésie pelvienne (Pr. So. P. = 10 cm. 2), on décide pour l'accouchement de recourir à l'opération césarienne, pratiquée au voisinage du terme de la grossesse, avant tout début de travail.

Opération Césarienne. — Intervention le 15 juillet, à 9 h. du matin. Le fœtus se présente par le sommet (O. I. D. T.). La surface granuleuse qui, dans le vagin, correspond à l'o-

rifice utérin oblitéré, est au préalable repérée à l'aide d'une pince à traction.

Anesthésie au chloroforme ; désinfection du champ opératoire; injection sous-cutanée d'un milligramme d'ergotinine Tanret.

Incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane dans une étendue de 15 centimètres environ : 10 centimètres au-dessus de l'ombilic, 5 centimètres au-dessous. Des compresses abdominales sont introduites entre les téguments sectionnés et le globe utérin. L'utérus, ramené sur la ligne médiane, est incisé longitudinalement sur le milieu de sa face antérieure le plus près possible de son dôme.

Vers la partie supérieure de l'incision, on rencontre le placenta qui est divisé en même temps que la paroi utérine. Le fœtus, saisi successivement par les deux pieds, est extrait rapidement de l'utérus ; c'est un garçon pesant 3.800 gr. qui crie aussitôt.

Après section hâtive du cordon, on procède immédiatement à la délivrance, tandis que l'aide a eu soin d'énucléer l'utérus en dehors de l'abdomen.

Avec la pointe d'une paire de ciseaux mousses plongeant dans la partie la plus déclive du segment inférieur de l'utérus, on divise les tissus sur la pince-repère introduite dans le vagin avant l'opération; ainsi se trouve établie une communication entre l'utérus et le canal vaginal. Un drain de gros calibre est conduit dans le vagin à travers l'orifice qui vient d'être créé.

Suture de la plaie utérine au catgut ; un premier plan à points séparés comprend toutes les tuniques de l'utérus sauf la muqueuse; un 2e plan, également à points séparés, mais plus superficiels, achève l'affrontement des lèvres de l'incision faite à l'utérus. Suture à 3 étages de la paroi abdominale.

Durée de l'opération; trente-cinq minutes. Pansement ouato-iodoformé de la plaie opératoire maintenu par un ban-

dage en flanelle. Une mèche de gaze iodoformée est enroulée autour de l'extrémité inférieure du drain saillant dans le vagin. Pansement vulvaire. Injection sous-cutanée de 800 gr. de sérum.

Suites opératoires très bonnes. — Le 18 juillet, on enlève le drain utéro-vagnal obstrué ; ensuite l'écoulement des lochies se fait très bien.

Le 26 juillet, ablation des crins.

Le 29, on introduit dans l'orifice utérin, pour assurer sa perméabilité, une série de bougies de Hégar. On commence par le n° 6 et on finit par le n° 12.

Le 4 août, nouvelle séance de dilatation.

Le 13, troisième séance de dilatation; et l'opérée quitte la Maternité dans la soirée, vingt-huit jours après l'intervention.

S. T... revient le 1er octobre 1904 subir une nouvelle dilatation du col à l'aide des bougies de Hégar. Le lendemain même, apparaît le retour de couches; l'écoulement sanguin dure quatre jours et ne s'accompagne d'aucune douleur appréciable.

Depuis cette époque, les règles sont revenues tous les mois avançant ou retardant de deux ou trois jours : elles sont toujours indolores et de moyenne abondance.

La santé de S. T. est actuellement excellente. Son enfant, nourri au lait stérilisé, pesait le 9 décembre 1905, 10 kilos 500 grammes.

Observation III

Pinard, Segond et Couvelaire. — *Sténose cicatricelle du Col. — Putréfaction fœtale intra-utérine. — Hystérectomie abdominale. — Guérison.* (Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiâtrie de Paris, séance du 12 novembre 1906.)

Mme X..., âgée de 39 ans, bien portante jusqu'à sa pre-

mière grossesse, terminée par la naissance spontanée d'une fille vivante, actuellement âgée de 18 ans. Les suites de couches immédiates auraient été simples, mais depuis cette époque, Mme X... a toujours souffert du ventre pendant et en dehors des règles et a subi toute une série de traitements pour une « métrite compliquée de salpingite ».

Il n'y a pas eu de grosesse pendant cette période de dix-huit ans.

En 1904, la persistance des douleurs pelviennes pour lesquelles une intervention radicale avait été proposée, lui fit demander l'avis de M. Pinard.

M. Pinard la soumit à la balnéation vaginale bi quotidienne avec de l'eau bouillie à 50°.

Le résultat du traitement fut aussi satisfaisant que possible, puisque non seulement les douleurs pelviennes disparurent, mais qu'une seconde grossesse survint. La dernière apparition des règles date du 14 février 1905. La grossesse évolua normalement. Pas d'albumine dans les urines. Développement régulier de l'utérus gravide. A 8 mois, la tête fœtale était engagée. Le toucher vaginal pratiqué à plusieurs reprises avant et pendant la grossesse, n'avait révélé à M. Pinard aucune particularité du côté du museau de tanche. L'accouchement semblait devoir se passer dans des conditions favorables, d'autant que Mme X..., étrangère, parlant peu le français, n'avait su donner des détails explicites sur les traitements qui avaient été institués jadis, en particulier sur les cautérisations intra-cervicales répétées qui furent à plusieurs reprises pratiquées. Le renseignement ne fut recueilli qu'au cours du travail.

Le 10 novembre 1905, à 7 heures du matin, rupture prématurée des membranes. A 9 heures, les constatations suivantes sont faites : liquide opalescent. Bruits du cœur bons. Par le palper, la tête fœtale fléchie est engagée. Le toucher vaginal n'est pas pratiqué. Temp. 36°6 ; pouls 72. Une injec-

tion vaginale à l'eau bouillie additionnée d'aniodol est donnée après savonnage de la vulve.

Pendant quarante-huit heures, la situation ne se modifie pas. Le liquide qui s'écoule de moins en moins abondamment n'est pas modifié. La température, prise matin et soir, ne dépasse pas 36°8, le pouls 72.

Le 12 novembre, à 6 heures du matin, le pansement vulvaire est encore imbibé de liquide amniotique normal. Légères et irrégulières contractions utérines.

A 8 heures, le liquide est légèrement teinté de méconium.

A 9 heures, temp. 37°2, pouls 80. Les bruits du cœur fœtal sont lents (environ 100). Le toucher vaginal ne révèle aucune modification du col, qui a toute sa longueur.

Une injection vaginale chaude (aniodol) est donnée après la toilette vulvaire.

A midi, température 37°8. Pouls 88. Légères et irrégulières contractions utérines. Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus.

L'orifice externe du col est entr'ouvert ; il admet facilement l'extrémité de l'index. L'orifice interne ne peut être reconnu, même après une exploration digitale attentive.

L'étiologie de cette sténose de la région de l'orifice interne pût être immédiatement établie par l'interrogatoire, non seulement de Mme X..., mais de son entourage. La sténose était la conséquence des cautérisations répétées qui avaient été pratiquées autrefois, on ne sait malheureusement pas avec quel caustique.

Devant cette situation : enfant mort, début d'infection utérine, sténose cicatricielle du col, M. Couvelaire, qui assistait Mme X..., pensa que toute manœuvre de dilatation par les voies naturelles serait dangereuse et qu'ne hystérectomie abdominale était indiquée.

L'état de la parturiente s'aggrave, d'ailleurs, rapidement.

A 3 heures, petits frissons; temp. 38°2 ; pouls 104. Endo-

lorissement permanent de l'utérus, qui offre une tension permanente. Physométrie.

M. Pinard, confirme l'indication d'une hystérectomie urgente. La malade est transportée dans une maison de santé, et, à 11 heures du soir, M. Segond, de concert avec M. Pinard, pratique l'hystérectomie abdominale. A ce moment, la température était de 38°6, le pouls à 124.

Laparotomie sous chloroforme pratiquée par M. Segond, assisté de M. Couvelaire. Hystérectomie abdominale par le procédé américain sans extraction préalable du fœtus. La section a porté en arrière sur le cul-de-sac vaginal postérieur, en avant sur la partie la plus déclive du segment inférieur, si bien que le col est resté avec le cul-de-sac vaginal antérieur au fond du petit bassin. C'est ce que démontre d'ailleurs l'examen de l'utérus pratiqué après l'intervention. Ligature à la soie des pédicules vasculaires. Fermeture du vagin par des points séparés, surjet péritonéal discontinu pour enfouir les ligatures. Au moment de terminer la toilette péritonéale, un suintement sanguin continu des 2 pédicules utéro-ovariens avec hématome sous-péritonéal dans la fosse iliaque nécessite une nouvelle ligature de ces pédicules. L'hémostase assurée, la paroi abdominale est suturée (un plan de sutures au fil d'argent). Trois gros drains sont laissés à demeure, un au fond de la cavité pelvienne, un dans chaque fosse iliaque. L'opération a durée 50 minutes.

Suites opératoires. — Etat général grave pendant les deux premiers jours. Le pouls est resté au-dessus de 140. Temp. oscillant entre 38 et 39°. Pas de frissons.

Le troisième jour, la convalescence commençait. Le trajet de drainage pelvien est resté perméable pendant deux mois, nécessitant des lavages journaliers à l'aniodol et à l'eau oxygénée, pour l'évacuation d'une sanie fétide. Au cours de la quatrième semaine, point de côté, dyspnée et légère hyperthermie (38°2) signalant l'apparition d'un petit foyer pulmo-

naire (probablement infarctus embolique). Guérison complète au bout de deux mois.

Examen des pièces. — L'utérus était rempli de gaz fétides. Le fœtus enduit de méconium était en voie de putréfaction. Sexe masculin[e]; volume moyen (n'a pas été pesé). L'utérus et le placenta adhérent pesaient 2 kilogrammes. La paroi utérine est œdématiée. Les trompes et les ovaires ont leur aspect normal.

Observation IV

Potoki. — *Sténose cicatricielle du col utérin consécutive à des cautérisations. — Rétention intra-utérine du fœtus mort dans le cours du faux-travail. — Incision du tissu cicatriciel. — Expulsion spontanée.* (Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, 15 juin 1908.)

Le 15 avril 1908, une femme de 25 ans, ménagère, se présentait à la consultation de la Pitié, pour demander avis sur son état : elle s'étonnait, en effet, qu'ayant eu ses dernières règles du 8 ou 10 juin 1907 et ayant présenté ensuite tous les signes d'une grossesse, elle ne fut pas encore accouchée. La sage-femme qui l'examina ne perçut pas les bruits du cœur fœtal, et après avoir pratiqué le toucher vaginal avec des gants, crut trouver un col fermé ; elle porta donc le diagnostic de grossesse à terme avec enfant mort et conseilla à la femme de revenir dès qu'elle aurait des contractions douloureuses.

17 *avril.* — La femme revient à l'hôpital et on la reçoit. Au nouvel examen pratiqué, les mêmes constatations sont faites, mais on s'aperçoit avec étonnement que la tête, engagée dans l'excavation, est coiffée par une mince calotte uté-

rine au niveau de laquelle il est impossible de percevoir la présence d'un orifice ; il semble cependant qu'il existe en son centre une partie plus mince caractérisée sous le doigt par une petite dépression de l'étendue d'une lentille. De chaque côté de cette dépression, pend une petite languette de tissu cervical de 1 centimètre environ.

20 *avril.* — Au matin, je constate l'existence de contractions utérines douloureuses, apparues dans la nuit précédente ; la femme est franchement en travail, mais le col est toujours dans le même état, sans apparence de dilatation, sans orifice cervical perceptible.

L'examen au spéculum ne permet pas non plus de distinguer d'orifice cervical. On place alors une pince de Museux sur chacune des petites languettes qui se détachent de la calotte utérine, et on abaisse ces languettes. On remarque alors, après les avoir écartées, la présence d'une petite cicatrice blanchâtre, étoilée, formée de 4 ou 5 branches qui aboutissent vers une dépression centrale de l'étendue d'une tête d'épingle, mais au niveau de laquelle il est impossible de distinguer un orifice véritable, si petit soit-il.

On essaye, à plusieurs reprises, mais en vain, de créer un orifice avec le doigt, puis avec l'extrémité d'une pince mousse très légèrement maniée. On y renonce momentanément et on laisse le travail continuer. Les contractions deviennent de plus en plus fréquentes et douloureuses, la femme s'énerve, la situation ne s'améliore pas localement : il y a indication à intervenir.

Mon interne, M. Pottet, donne alors avec la plus grande prudence et très superficiellement un petit coup de ciseaux sur le centre de la cicatrice attirée à la vulve grâce aux tractions exercées sur les languettes cervicales signalées tout à l'heure. Ensuite, il enfonce l'extrémité, puis la pulpe de l'index dans la fente ainsi créée et bientôt, sous le doigt animé de mouvements de vrille, un véritable orifice cervical se cons-

titue. Cet orifice est absolument circulaire, sans la moindre amorce de déchirure latérale. Les membranes sont restées intactes. Toutes ces manœuvres ont été faites avec une asepsie rigoureuse. D'ailleurs, il s'est à peine écoulé quelques gouttes de sang.

Le lendemain 21, à 10 h. 45 du matin, la femme expulse spontanément un gros fœtus mort et macéré, pesant 3.150 grammes, mais n'offrant aucune malformation.

La période de dilatation a duré vingt-quatre heures, l'expulsion quinze minutes. Délivrance naturelle et complète. Poids du placenta 450 gr.

Suites de couches normales. A la sortie de la malade au 14e jour, le col, examiné au speculum, ne diffère pas du col un peu déchiqueté d'une multipare.

Dans les antécédents de cette femme, nous relevons les particularités suivantes :

En 1903, première grossesse suivie d'accouchement spontané à terme, enfant vivant, élevé au sein maternel.

A la suite de son accouchement, cette femme aurait souffert de prolapsus utérin et de métrite avec écoulement purulent. Deux ans plus tard seulement, elle a consulté un médecin qui lui fit porter un pessaire et pratiqua une dizaine de cautérisations utérines.

Ce confrère nous a confirmé qu'il avait fait à la malade des cautérisations du col avec du néofilhos très prudemment, suivant la technique de M. Richelot dont il a été l'élève.

Toujours est-il qu'avant, pendant et après les cautérisations au néofilhos, la malade a eu ses règles régulièrement. C'est seulement trois ans après la fin du traitement que la grossesse actuelle a débuté.

Cette grossesse a été normale à tous points de vue jusqu'au 15 mars, époque à laquelle la malade a commencé à éprouver des contractions douloureuses qui lui ont fait croire qu'elle était en travail. Ces contractions ont duré quelques

jours, puis ont cessé, et tout est rentré dans l'ordre, mais à partir de ce moment, les mouvements actifs du fœtus ont disparu. Il ne s'est pas écoulé de sang ni aucun liquide par les organes génitaux pendant les phénomènes de faux-travail qui ont coïncidé exactement avec le terme de la grossesse.

Observation V

Dr Fraisse (de Roubaix). — *Cicatrices cervicales consécutives aux cautérisations. — Dystocie par rigidité du col et sténose de l'orifice. — Rupture de l'utérus. — Opération de Porro. Mort.* — (Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie, 1891).

Le 13 avril, le Dr Godefroy est appelé, rue de Turin, auprès de Mme Gér..., qui est en travail depuis le matin. Femme robuste, 27 ans ; 4 enfants et 3 fausses couches. Cette fois, comme en dépit des douleurs, le travail n'avance pas, on envoie chercher mon très distingué confrère, qui n'a pas de peine à constater une atrésie de l'orifice cervical. Se basant sur l'état du col et sur ce fait, que depuis sa dernière grossesse, cette femme a été cautérisée un très grand nombre de fois, durant trois mois, il pose le diagnostic de dystocie par processus cicatriciels vicieux, ces derniers relevant directement de l'action des caustiques. Et comme cet état ne laisse pas de l'inquiéter, il veut bien m'appeler en consultation. Il est 10 heures du soir.

Je ne puis que confirmer ce diagnostic. Le col, complètement effacé, est rempli, à se rompre, par la tête fœtale qui, du reste, se présente normalement (O. I. G. A.). L'orifice est moins dilaté qu'une pièce de 50 centimes ; ces dimensions n'ont point changé depuis plusieurs heures, malgré les poussées énergiques de l'utérus. Surtout sa configuration est tout

à fait remarquable : il est encerclé, dans les 3/4 de sa circonférence, par des brides cicatricielles, de l'épaisseur d'un 1/2 centimètre, d'une dureté ligneuse, et qui semblent opposer une résistance invincible aux efforts de la dilatation. De cette digue inextensible partent des travées fibreuses, qui s'irradient à une certaine distance.

Le reste du rebord orificiel est constitué par du tissu sain, non sclérosé, et qui contraste absolument avec le reste de la circonférence.

Reprenant l'interrogatoire, cette femme nous confirme qu'avant cette dernière grossesse, durant trois mois, on a appliqué sur sa matrice et dans son intérieur toutes sortes de caustiques ; ces manœuvres, pour la plupart très pénibles, n'ont eu d'autre effet que d'augmenter ses souffrances. Il ressort même de ses explications, que très vraisemblablement on a fait usage, en dernier lieu, du bâton de chlorure de zinc. Puis, grossesse, qui évolue sans encombre : rien d'extraordinaire jusqu'au moment de l'accouchement.

L'origine de la dystocie est évidente ; il ne s'agit plus que d'y remédier. Pour cela, deux moyens se présentent à l'esprit : ou sectionner les bords de l'orifice ou pratiquer la césarienne.

Outre que l'orifice est très en arrière et difficilement accessible, le premier de ces moyens ne nous sourit guère, sachant combien vite ces débridements gagnent le corps même de l'utérus et dégénèrent en déchirures de cet organe. Le second moyen est plus rationnel ; mais il ne faut point songer à le faire accepter par l'entourage, lequel ne peut concevoir le mécanisme de l'obstacle apporté à cet accouchement, tellement les cautérisations pratiquées sur la matrice sont ici fréquentes et sont passées pour ainsi dire dans les mœurs.

Nous décidons d'attendre quelques heures et de nous retrouver le lendemain matin auprès de la malade, à laquelle nous faisons donner quelques doses de chloral et d'opium

pour calmer les douleurs et obtenir un répit. Qui sait même si, dans cet intervalle, la cicatrice ne finirait pas par céder, rendant ainsi toute intervention inutile...

Tout va bien jusqu'à une heure du matin. A ce moment, les douleurs reprennent avec une extrême violence, pendant plus d'une heure, puis cessent brusquement. La malade est comme anéantie et paraît au plus mal ; on vient nous chercher à la hâte. Le Dr Godefroy, arrivé premier, diagnostique une rupture de l'utérus avec expulsion du fœtus dans le ventre. La femme est à toute extrémité.

A l'examen vaginal, le col et le segment inférieur sont abandonnés par la tête fœtale, mais l'orifice est resté le même, toujours invinciblement fermé. Seulement, de la partie saine du col part une fêlure, dirigée obliquement en arrière et à droite, et qui, sans doute, constitue l'amorce de la rupture utérine.

Après quelques préparatifs faits à la hâte, nous opérons à la lueur des lampes et sans anesthésie. Au reste, la femme est tellement bas qu'elle n'oppose aucune résistance et ne paraît rien sentir.

Je trouve le fœtus énucléé presque en entier dans la cavité abdominale, à travers une fente occupant toute la paroi postérieure de la matrice et longeant le bord droit de cet organe, de manière à intéresser l'insertion du ligament large correspondant. Extraction de l'enfant, qui respire encore, puis des annexes.

Le ventre et le bassin sont remplis d'un liquide noirâtre, mélange de sang et d'eau amniotique ; de gros caillots occupent les parties déclives et remplissent la poche de Douglas. L'utérus étant sorti, un tube de Martin est placé le plus bas possible, de manière à affleurer la limite inférieure de la lacération. Pour cela, il est nécessaire de décoller quelque peu la vessie en avant. Hémostase complète et toilette du pé-

ritoine. Le reste de l'opération, comme pour une hystérectomie abdominale, avec pédicule extra-péritonéal.

Une fois reportée dans son lit, la malade reprend connaissance. Toutefois, malgré des excitants de toutes sortes, le collapsus fait des progrès. Mort vers la cinquantième heure. De son côté, l'enfant était mort, après avoir respiré pendant quelques minutes.

Observation VI

Lepage. — *Un cas de dystocie par rigidité cicatricielle du col ; opération de Porro.* (Bulletin médical, 14 novembre 1903).

Femme âgée de 40 ans, enceinte pour la sixième fois. En 1890, premier accouchement terminé par une application de forceps, enfant extrait mort après quelques inspirations, déchirures du périnée et du vagin.

En 1892, accouchement spontané d'une fille vivante encore à l'heure actuelle, et qui présente une luxation congénitale.

En 1893, troisième grossesse, accouchement chez une sage-femme en ville, enfant vivant.

En 1895, quatrième grossesse, avortement.

Enfin en 1901, lors du dernier accouchement qui dura trois jours, après une rupture prématurée des membranes, on fut obligé de faire, sous le chloroforme une version extrêmement difficile à cause d'une présentation de l'épaule. L'enfant fut extrait mort.

Voilà donc une femme, qui, en laissant de côté l'avortement, a eu, sur quatre grossesses, deux enfants morts à la suite d'interventions laborieuses ayant amené des déchirures des parties molles, du col et du vagin.

En examinant cette femme, je constatai chez elle un développement assez notable de l'utérus, dont le fond remontait à 39 centimètres au-dessus de la symphise, une partie fœtale nullement engagée, un enfant bien développé, volumineux ; le bassin ne paraît pas vicié. Je constatai avec déplaisir que le périnée était déchiré, et surtout que le col était cicatriciel, le canal cervical en très mauvais état ; ces lésions faisaient craindre des difficultés sérieuses au moment de l'accouchement.

La femme avait eu ses dernières règles du 5 au 12 novembre. Elle perdit les eaux le 23 août prématurément. Quelques petites douleurs survinrent dans la nuit, et le liquide amniotique s'écoula teinté par le méconium.

Je dois à la vérité de dire qu'avant-hier (24 août), j'étais loin de croire que vingt-quatre heures après, je serais amené à faire chez elle une opération assez sérieuse.

Hier matin (25 août), quand j'arrivai, on me raconta que la femme avait beaucoup souffert toute la nuit ; que les battements du cœur était montés à 160 et 170, et que le liquide amniotique était de plus en plus vert. La sage-femme avait pratiqué le toucher, elle avait constaté un canal cervical cicatriciel ; en outre, la dilatation, qui atteignait les dimensions d'une pièce de 2 francs, se faisait régulièrement

J'examinai la malade. Je constatai une rigidité cicatricielle du col et du canal cervical ; l'orifice utérin se dilatait mal, et, au-dessus de l'orifice externe, il y avait du tissu cicatriciel extrêmement résistant, ne laissant que peu de tissu pouvant se dilater convenablement.

Dans les conditions où nous nous trouvions, et dans l'intérêt de l'enfant et même dans l'intérêt de la mère, il ne fallait point songer à des demi-mesures, il fallait pratiquer l'opération de Porro.

Après les mesures de désinfection et le cathétérisme de la vessie, nous avons procédé à l'opération....

Ce matin, (26 août), la malade est aussi bien que possible. elle n'a pas vomi, elle a uriné, elle a, par conséquent, des chances sérieuses de guérison.

Note. — L'enfant est porté en nourrice en bon état, le dixième jour après la naissance. La femme a quitté le service en bon état un mois après l'opération, n'ayant eu qu'une seule élévation de température, mais avec une plaie non entièrement cicatrisée.

Observation VII

Boyer. — *Dystocie par oblitération du col utérin* (in Thèse de *Boyer*. Paris 1890).

La nommée A..., âgée de 40 ans, secondipare, entre dans le service le 13 juin 1889.

Les parents, quoique très âgés, sont encore bien portants ; sa mère a eu 15 enfants.

Elevée au biberon, elle a eu, à l'âge de 6 semaines, une entérite très grave, paraît-il.

Elle a marché à 9 mois. A 8 ans, rougeole. Réglée régulièrement à 11 ans 1/2 ; les règles abondantes durent trois ou quatre jours.

En 1873, la malade se marie ; en 1878, surviennent des douleurs très vives, apparaissant brusquement et disparaissant de même, localisées dans le bas-ventre. Ces douleurs obligent certains jours la malade à garder le lit. Après trois mois de souffrances, elle va consulter une sage-femme qui, durant huit mois, la traite pour une rétroversion utérine. La malade nous dit que tous les jours on lui introduisait dans le vagin trois petits cachets de composition inconnue. Fatiguée de ce traitement qui n'avait produit aucun soulagement, elle se confie à un docteur qui lui insuffla une poudre jaune dans

le vagin ; ce pansement est continué pendant quelques jours, sur le conseil du docteur, la malade se retire à Montreuil ; une amélioration notable se produit, puis tout rentre dans l'ordre.

En 1886, elle est atteinte d'une pneumonie qui nécessita son entrée à l'hôpital Tenon.

En juin 1886, début de la première grossesse ; la gestation se passa sans accident ; en mars 1887, elle entre en travail : l'accouchement traîne en longueur ; au bout de trois jours de travail, on s'adresse à un médecin qui fait une application de forceps.

Enfant mort ; vaste déchirure du périnée. Dix jours après son accouchement, elle entre à l'hôpital Tenon chez M. Lucas-Championnière : on enlève les fils qui suturaient le périnée, on fait des injections et des pansements antiseptiques.

Au bout de six semaines de séjour à l'hôpital, elle sort sur sa demande, avec l'intention de venir se faire opérer plus tard.

Vers le 15 octobre 1888, début de la deuxième grossesse qui suit son cours très régulièrement.

Craignant la reproduction des difficultés qui étaient survenues lors de son premier accouchement, elle va le 1er juin 1889 à la consultation de la clinique d'accouchement. M. Bonnaire, alors chef de clinique, lui conseilla d'entrer dans le service; il avait constaté un rétrécissement du bassin.

Quatre jours après, elle est examinée par M. le professeur Tarnier; il confirme le diagnostic et propose de provoquer un accouchement prématuré. La malade refuse cette intervention et quitte la clinique.

Le 6 *juin*, elle va à Saint-Louis, où elle est vue par M. Porak.

Le 30 *juin*, la malade retourne à l'hôpital Saint Louis, elle est examinée au speculum par M. Chevallet, interne du service d'accouchement. On ne trouve pas de col utérin, mais

cependant on aperçoit un petit tubercule dans lequel on introduit après quelques efforts le bec d'une sonde cannelée. On renvoie la femme chez elle. A la suite de cet examen, il s'écoule quelques gouttes de sang.

Le 12 juillet, à 5 heures du soir, premières douleurs. Une sage-femme est appelée ; les douleurs continuent toute la nuit.

Le 13 juillet, à 5 heures du matin, on appelle un médecin : trompé par l'absence du col, il prend le segment inférieur pour la poche des eaux et y fait une piqûre avec une épingle à cheveux.

Cette intervention ne produit aucun résultat et le médecin craignant de graves accidents conseille d'entrer à l'hôpital. La malade est conduite à l'hôpital Saint-Antoine et de là à la maternité de la Pitié. Elle entre dans le service à 7 heures 1/2 du matin, le 13 juillet. Les douleurs sont très vives et, dans le but de rendre l'examen moins pénible, on donne à la parturiente du chloroforme à dose analgésique.

La femme, de petite taille, présente de légères traces de rachitisme. Pas d'albumine dans les urines.

L'abdomen est considérablement développé ; il existe en outre une éventration notable.

Le palper permet de reconnaître la tête fœtale au détroit supérieur, le dos à gauche et transversalement, le siège en haut et à droite.

A l'auscultation, le maximum des bruits du cœur se trouve à gauche, à peu près sur le milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le toucher vaginal ne donne aucun renseignement sur la position : la partie fœtale est trop élevée, on ne peut arriver sur la fontanelle, l'angle sacro-vertébral accessible.

On pose le diagnostic de présentation du sommet en O. I. G. T.

Le toucher vaginal fournit d'autres renseignements : Le

doigt explorateur arrive au fond du vagin sur une paroi épaisse, le segment inférieur de l'utérus, mais, malgré un examen attentif, on ne trouve pas de trace de col, ni d'orifice.

Cependant, si on refoule la partie fœtale qui commence à s'engager, il s'écoule quelques gouttes d'un liquide rougeâtre.

A 10 h. 1/2 (13 juillet), M. Maygrier anesthésie la malade : on la met en position obstétricale ; il constate l'absence du du col, mais dans le cul-de-sac antérieur et sur la droite, il trouve une petite saillie qui laisse suinter de temps en temps quelques gouttes de liquide.

En appliquant une valve de Sims, on découvre le segment inférieur tendu, œdématié et rougeâtre.

Un peu plus tard, M. Couderc fait un nouvel examen au moyen d'un speculum de Fergusson ; il découvre en haut, en avant et à droite, la saillie déjà trouvée par M. Maygrier ; en haut de la saillie se trouve un petit pertuis.

A 11 heures (matin), M. Couderc introduit une sonde cannelée dans cet orifice, puis une pince dont il se sert comme d'un dilatateur ; avec son doigt, il tâche d'agrandir l'orifice. A 11 heures 10 minutes, la dilatation atteint le diamètre d'une pièce de 2 francs ; l'orifice est ovale, le grand axe est dirigé transversalement.

Les contractions sont énergiques ; sous la poussée de la partie fœtale, il se produit une première déchirure sur la partie antérieure de l'orifice, une seconde plus petite à l'extrémité du côté droit.

Dans la crainte de voir s'étendre la déchirure antérieure, on pratique, au moyen de ciseaux courbes, deux incisions d'un centimètre environ, l'une à gauche, l'autre en arrière. L'incision du côté gauche s'agrandit un peu. A 11 heures 35, l'orifice est suffisant pour laisser passer la tête fœtale, qui reste assez élevée mais dans l'excavation.

A 12 heures 15, la tête est toujours élevée, la femme s'épuise, les bruit du cœur du fœtus sont moins bien frappés.

M. Couderc fait une application de forceps terminée en quinze minutes.

L'enfant, une fille de 3.620 gr., respire difficilement ; mais quelques insufflations suffisent à la ramener à la vie.

A 12 heures 45, délivrance naturelle. Placenta normal. Le travail aurait duré dix-neuf heures.

La malade quitte le service le 24 juillet ; à ce moment, le col est revenu sur lui-même ; il est encore un peu volumineux. L'ouverture est dirigée transversalement et sépare presque le museau de tanche en 2 lambeaux.

Observation VIII

A. Siredey. — *Sténose cicatricielle très accentuée du col utérin. — Grossesse. — Accouchement normal.* (Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiâtrie de Paris, 14 mars 1904). — Résumée. —

J..., âgée de 35 ans, lingère, se présente en juin 1899 à la consultation de Saint-Antoine.

Réglée à 16 ans, elle n'a jamais eu d'enfant ni de fausse couche ; aucun accident génital. Elle se marie à 20 ans. Dès les premiers rapports sexuels, elle eut des pertes blanches très abondantes, des douleurs à la vulve, puis dans le ventre, elle eut même un abcès à la grande lèvre gauche. Les douleurs abdominales persistant, elle se fit traiter par un médecin de la ville, qui pratiqua sur la matrice des cautérisations sur la nature desquelles elle ne peut fournir aucun renseignement. Les pertes blanches disparurent ; mais, à chaque époque menstruelle, la malade éprouve de très vives douleurs dans le ventre et dans le bassin. Ces accidents ont augmenté depuis quelques mois et c'est ce qui l'amène à l'hôpital.

L'utérus a un volume normal. Le col est long, légèrement renflé en forme de dôme ; il est impossible d'en distinguer l'orifice avec le doigt.

Au speculum, la muqueuse cervicale apparaît rouge, congestionnée, on ne distingue pas l'orifice au premier abord et ce n'est qu'en regardant avec une grande aattention que l'on aperçoit vers le sommet du dôme formé par le col un petit pertuis punctifome qui n'est pas plus large que l'orifice du canal excréteur d'une glande de Bartholin. Il est absolument impossible d'y introduire le plus petit hystéromètre. On n'y fait passer qu'avec difficulté un mince stylet de trousse, et encore provoque-t-on un léger écoulement de sang.

La malade est gardée dans le service pour qu'on puisse l'observer au moment des règles. Celles-ci donnent lieu à de violentes douleurs ; l'écoulement sanguin se présente sous forme d'un suintement peu abondant, qui dure deux ou trois jours. L'utérus n'augmente pas sensiblement de volume ; aucun signe d'hématométrie.

On décida la dilatation. On introduisit la plus petite tige de laminaire qu'on put trouver ; le lendemain, une plus grosse, et ainsi de suite pendant quatre jours consécutifs. Puis on laissa durant quelques jours, dans la cavité utérine, des lanières de gaze imbibées de glycérine créosotée. Mais dès qu'on cessa ces pansements, l'utérus revint sur lui-même, et la cavité se rétrécit de nouveau.

Moins d'un an après la dilatation, les douleurs menstruelles avaient reparu. La malade refusa de se soumettre à une nouvelle dilatation.

Au mois de juillet 1900, la situation était sensiblement la même qu'en juin 1899, avant tout traitement. La malade revoit ses règles le 10 juillet à leur époque normale ; le sang vient en très petite quantité, et la menstruation est très douloureuse.

Le ventre reste assez sensible pendant tout le mois de juil-

let ; la sensibilité augmente dans les premiers jours d'août, et cette fois les règles n'apparaissent pas. Un léger suintement sanguin se produit vers la fin d'août, pendant deux jours. C'est alors que la malade se décide à venir à l'hôpital.

4 *septembre* 1900. — Elle accuse une tension pénible dans toute la région pelvienne et dans les reins, mais elle souffre moins, dit-elle, que le mois dernier.

L'utérus est gros, sensible au toucher, le doigt ne distingue pas l'orifice cervical. La malade reste au repos quelques jours. Le 10 septembre, les règles ne viennent pas, et les douleurs ne sont pas plus marquées.

Le 15, on procède à un examen. L'utérus a augmenté de volume depuis le commencement du mois ; il a une forme globuleuse, une consistance assez molle ; le col est mou. Modification du côté des seins.

Tout semble indiquer une grossesse, que confirme un nouvel examen pratiqué dans les premiers jours d'octobre.

La grossesse évolue normalement sans incident ; cette femme venait de temps à autre à la consultation pour nous permettre de surveiller l'état de sa santé. Vers le sixième mois, je la fis voir à mon collègue le Dr Bar, qui conseilla d'attendre purement et simplement l'accouchement qui, selon toute probabilité, devait se passer normalement.

Le pronostic de notre collègue se réalisa : J... accoucha dans son service, le 5 avril 1901, après dix heures de travail, d'un enfant vivant, bien constitué, du poids de 3 kil. 630. La dilatation se fit normalement, sans nécessiter le moindre débridement. On dut recourir à une application de forceps qui ne provoqua pas de déchirure du col.

La malade examinée un peu après son accouchement, semblait revenue à des conditions normales.

Observation IX

Wallich. — *Dystocie par sténose cicatricielle du col. — Rupture utérine. — Hystérectomie; guérison.* (Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiâtrie, 1904, p. 76.)

L'expectation peut exposer la femme aux graves dangers de la rupture utérine. J'ai observé un cas de ce genre en 1899, à la clinique Baudelocque. Il s'agissait d'une femme ne parlant qu'un patois napolitain et qu'on eut beaucoup de peine à interroger pour connaître son histoire obstétricale antérieure. Cette histoire avait dû être accidentée, à en juger par les cicatrices nombreuses qui fermaient le fond de son vagin et son col. Je parvins à grand'peine à découvrir un orifice punctiforme, par où s'échappait du liquide amniotique vert, et dans lequel je finis par introduire un stylet. Pendant que j'observais cette femme probablement à terme, et en travail, attendant une dilatation qui ne venait pas, l'utérus se rompit et notre collègue Hartmann voulut bien, sur ma prière, intervenir chez elle et pratiquer une hystérectomie partielle.

La femme du reste guérit, mais avait couru de très grands dangers, je n'hésite pas à le reconnaître, par le fait de l'expectation.

Observation X

Pujol (Marseille). — *Dystocie par atrésie consécutive à une amputation du col.* (In Thèse de *Thieux*. Montpellier, 1900, p. 60.)

Mme R..., âgée de 38 ans, a 2 enfants de 14 et 15 ans. Les grossesses et les accouchements n'ont rien présenté de parti-

culier ; cette dame n'a jamais eu d'avortement. Elle a toujours joui d'une excellente santé et a toujours été bien réglée.

Il y a cinq ans seulement, elle commença à souffrir du ventre et à avoir des pertes blanches et de l'irrégularité dans ses règles. On la soigna alors pour une métrite pendant plusieurs mois ; elle dut même, à la fin, subir une opération. On lui pratiqua un curettage suivi de l'amputation du col au thermocautère.

A la suite de cette intervention, les troubles disparurent, la menstruation se rétablit régulière jusqu'à la fin de l'année 1898.

Les dernières règles se montrèrent le 25 décembre. C'est au mois de mars 1899 que je vois pour la première fois Mme R... pour cet arrêt de la menstruation et pour quelques douleurs abdominales ; cette dame était loin de penser être enceinte à ce moment.

A l'examen, on s'aperçoit que le vagin se termine par une sorte de dôme, au milieu duquel le doigt perçoit un col rudimentaire, irrégulier, dont l'orifice, que l'on devine à peine, est entouré de tissu scléreux. L'utérus paraît développé, très mobile et légèrement ramolli. Je ne sens rien d'anormal sur les côtés.

A part un peu de sensibilité du côté des reins, cette dame ne présentait aucun phénomène sympathique.

Je l'avertis que le diagnostic demeurait en suspens pour le moment, mais qu'il y avait des probabilités pour qu'elle fût enceinte, ce qui ne laissa pas que de l'étonner. Je la revois trois semaines après, et je trouve alors l'utérus plus développé ; le diagnostic de grossesse paraît se confirmer de plus en plus. Enfin, dans le courant du mois d'avril, je perçus les battements du cœur fœtal et bientôt après la gestante elle-même sentit les premiers mouvements actifs.

Je l'avertis alors que, puisque le diagnostic de cette grossesse, à laquelle elle n'avait point encore voulu croire, était

sûrement posé, elle devait s'astreindre à certaines précautions, car, plus que toute autre, elle se trouvait exposée, de par l'amputation qu'avait subie son utérus, à un arrêt intempestif de la gestation. Je prévins également le mari que l'accouchement pourrait présenter quelques complications.

Cette dame garda un repos relatif pendant le reste de sa grossesse, qui arriva à terme sans encombre. L'enfant se présentait par le sommet en position gauche.

Le travail se déclara le 3 octobre, à 3 heures du soir. La tête est toujours mobile au-dessus du détroit supérieur ; les douleurs sont régulières. Le moignon cervical s'efface graduellement ; dans la soirée, la tête s'engage, l'orifice cicatriciel du col ne se dilate nullement, son calibre admettrait à peine une plume de pigeon. La tête en descendant se coiffe du segment inférieur ; le col se trouve refoulé en arrière. Le tissu du segment inférieur est souple et élastique, on sent facilement à travers son épaisseur la tête et ses sutures ; le tissu de la partie supérieure du col paraît également normal ; seule, la zône qui borde son orifice atrésié est indurée sur un espace d'un demi-centimètre environ tout autour ; les lèvres du col paraissent très résistantes quoique peu épaisses.

Je fais donner des injections chaudes antiseptiques et je me tiens prêt à agir, car on ne pouvait espérer dilater ce col rétréci et obstinément fermé par le doigt, encore moins par le dilatateur de Tarnier ou le ballon de Champetier.

Le travail se maintient assez régulier jusqu'au lendemain matin, sans amener le plus petit changement à l'état du col. Le segment inférieur et le col sont étroitement appliqués sur le sommet. La mère et le fœtus vont bien.

Il n'y avait pas à attendre davantage ; il était évident que l'utérus se trouvait impuissant à vaincre la résistance du col.

A 8 heures, je me mets en devoir de sectionner le col ; je fais placer la parturiente en travers du lit, les membres inférieurs maintenus par deux aides. Ne pouvant opérer les pe-

lites incisions radiées du col, puisqu'il était impossible d'introduire le doigt ni même le bistouri boutonné dans sa lumière, je me décide à créer un nouvel orifice sur la partie antérieure du col, immédiatement en avant de la zône fibreuse.

Pour cela faire, ayant placé une valve dans le vagin, je vais saisir, avec une pince à griffes, la paroi antérieure du col à quelques millimètres en avant de l'orifice rétréci ; je forme ainsi un petit pli, que j'excise en deux coups de ciseaux courbes, en ayant bien soin de ne pas léser la poche des eaux sous-jacente.

Bien que la rondelle de tissu utérin enlevée ne dépasse pas le diamètre d'une pièce de 20 centimes, la dilatation immédiatement obtenue est celle d'une pièce de 2 francs, parfaitement circulaire. La poche des eaux se rompt spontanément au bout de dix minutes.

Le travail marche dès lors régulièrement, la dilatation se fait sans déchirure, et, à toucher le col néoformé, on ne lui distingue rien de particulier.

L'accouchement a lieu spontanément à 3 heures du soir.. Enfant vivante. Délivrance naturelle vingt minutes après. Il n'y a aucune déchirure du col, l'utérus revient bien sur lui-même.

Les suites de couches sont normales. Quinze jours après je trouve au toucher un col mesurant un centimètre de longueur environ, irrégulier, et dont l'orifice admet la pulpe du doigt. Je ne trouve qu'un seul orifice, la bride fibreuse qui séparait la lumière atrésiée du col de l'ouverture opératoire ayant dûe être déchirée au cours de l'accouchement ; de plus, la partie postérieure seule du col est fibreuse.

Observation XI

Schenck. — *Sténose récente et très serrée du col et du vagin pendant la grossesse. — Accouchement par les voies naturelles.* (Centralblatt für Gynäkologie, 1900, n° 6.)

Il s'agit d'une ouvrière de fabrique, K. J..., âgée de 17 ans, admise à la Clinique de gynécologie le 21 août 1899.

Réglée à 14 ans ; ses règles reviennent régulièrement tous les vingt-huit jours, et durent trois jours. Dernières époques au commencement de mars 1899. C'est une primipare ; pas d'avortement antérieur. Depuis un an, elle est en traitement pour anémie.

Elle dit être enceinte de 5 mois et avoir absorbé, il y a trois mois, sur les conseils d'une femme, du vin avec de la cannelle et du safran, pour se faire avorter. D'autre part, elle a pris, récemment, dit-elle des injections très chaudes qui ont provoqué une hémorrhagie et de fortes douleurs. C'est tout ce qu'on peut lui faire déclarer ; mais, au bout d'un certain temps, elle finit par avouer qu'il y a quelques jours, après avoir eu des rapports, elle s'est fait une injection vaginale avec un liquide caustique dont elle ne peut préciser la nature.

La malade est de taille moyenne, mince, anémique. Température 38°8; pouls fréquent. Les seins donnent du colostrum à la pression. Ventre augmenté de volume, pigmentation de la ligne blanche. Les organes génitaux externes sont ceux d'une nullipare.

Au speculum, on voit que la paroi antérieure et une partie de la paroi postérieure du vagin sont formées de tissu cicatriciel et en partie nécrosées. De partout se détachent des lambeaux sphacélés sentant très mauvais.

La matrice remonte jusqu'à l'ombilic, ayant la consistance

et le volume d'un utérus gravide de 6 mois. On entend les bruits du cœur au-dessous et à droite de l'ombilic.

La malade se plaint de douleurs abdominales ; le lendemain, sa température est montée à 39°. Injections vaginales de solution de lysol à 1 0/0 et glace sur le ventre ; quelques calmants contre les douleurs.

Le 24 août, se produit le décollement d'un moulage complet de muqueuse du col. La muqueuse ainsi évacuée a vraisemblablement été brûlée par une substance chimique : l'examen miscroscopique montre que le tissu est complètement mort, la coloration du noyau ne se fait plus.

La température baisse régulièrement ; les douleurs diminuent, puis disparaissent complètement, en une quinzaine de jours.

Le 30 septembre, la femme est transportée dans une clinique d'accouchement, et à l'examen on trouve une portion du col manquant ; aucun rétrécissement apparent du col. Le tissu cicatriciel environnant est ramolli. La muqueuse vaginale est lisse et luisante.

Le 31 octobre au soir, rupture de la poche des eaux donnant issue à une petite quantité de liquide, en même temps que se font sentir quelques faibles douleurs. Au toucher, on sent un vagin peu profond ; le segment inférieur de l'utérus est refoulé par la présentation fœtale. L'orifice du col ne laisse point pénétrer l'extrémité du doigt. De cette ouverture, en forme d'étoile, rayonnent de petites cicatrices à droite et en arrière.

Au speculum, on voit de petites granulations à la place de la partie manquante de la muqueuse. A la partie postérieure, on découvre un orifice très étroit.

Le 1^er^ novembre, les douleurs reviennent avec plus d'intensité ; les eaux s'écoulent sans interruption. A 6 heures du soir, la tête de l'enfant est en haut et à droite, les bruits du cœur bons, les contractions régulières.

Tout fut préparé pour une opération césarienne, mais il fallait auparavant inciser le col pour tenter l'accouchement par les voies naturelles, et, au cas où cela serait impossible, pour créer un orifice permettant l'écoulement des lochies.

Anesthésie à l'éther. On fit des incisions dans le canal jusqu'à ce qu'il fut possible d'y faire pénétrer un doigt. On élargit l'ouverture au moyen d'autres incisions antérieures et postérieures pour pouvoir introduire 2 doigts. De petites parties fœtales se présentaient. On tira d'abord le pied droit, puis on fit une incision prudente sur le côté, et le pied gauche fut extrait, puis le tronc. Comme le passage de la tête s'annonçait difficile, on perfora le crâne pour éviter des déchirures.

Avant la délivrance, suture des incisions au speculum, au moyen de fils de soie. La délivrance se fait trente minutes après l'accouchement. Tamponnement avec de la gaze iodoformée.

L'enfant avait une longueur de 38 cm. et pesait, sans la matière cérébrale, 1.850 gr.

Au 3e jour, la malade fit 39°5 de température, pouls 120. Puis la température redescendit à 37° et remonta à 38°, 39° et même au-delà, le 9e jour. Pouls 120. Douleurs dans le ventre, surtout à gauche : glace sur l'abdomen, teinture d'opium.

Au 12e jour, l'examen montra que les incisions étaient cicatrisées. Le fond de l'utérus à plusieurs travers de doigt au-dessus de la symphise.

Le 21e jour, on enlève les fils. Involution utérine toujours incomplète. Empâtement des deux côtés, surtout à gauche. L'orifice du col est très étroit.

Le 22e jour, la température est à la normale et s'y maintient. Le 30e jour, la malade se lève ; et au 40e, elle quitte la clinique. Examen à la sortie : utérus non perceptible au palper. Vagin court, parois vaginales uniformément lisses. Les

lèvres du col utérin manquent complètement ; avec le doigt on pénètre dans une fente transversale, bordée par un tissu rugueux. L'orifice du col est assez large. Corps utérin difficile à sentir à cause de la contraction abdominale.

Observation XII

Barsony. — *Atrésie du Col et du vagin.* (Centralblatt für Gynäkologie, 1887, n° 51.)

Une femme de 26 ans mit au monde son premier enfant le 19 octobre 1881, à la Clinique obstétricale et gynécologique.

Avant l'accouchement, la température monta jusqu'à 39°5 ; longue période d'expulsion ; terminaison grâce à la perforation de l'enfant mort.

Le premier jour qui suivit, utérus très sensible, surtout à droite, à la hauteur de l'ombilic. On peut sentir distinctement la crépitation. On diagnostique une rupture incomplète de l'utérus et hématome sous-péritonéal. — Fièvre. — La malade quitta l'hôpital trois mois après l'accouchement. Le résultat de l'examen était alors le suivant :

Vers la partie moyenne du vagin dépression admettant l'index. Toute la partie supérieure du vagin est remplie de tissu cicatriciel. Une saillie en forme de croissant représente la portion antérieure du col ; en arrière, une petite dépression indique l'orifie utérin. En 1882, on dilata le rétrécissement vaginal. La femme fut encore examinée en 1883 et 1885. Depuis ce dernier examen, elle dit avoir eu régulièrement ses règles toutes les trois semaines. Elles duraient deux ou trois jours. Elles cessèrent en février.

Cette femme se trouvait ainsi à son admission, le 7 décembre, dans le 10e mois de sa nouvelle grossesse. D'après elle, les douleurs duraient depuis quatre jours ; et depuis six

jours, elle perdait les eaux. Elle fut visitée chez elle par plusieurs médecins et ce ne fut qu'avec beaucoup de peine qu'elle se décida enfin à être transportée à notre clinique.

L'examen, après anesthésie montra au niveau du cul-de-sac antérieur, une nodosité en arrière de laquelle on sentait une dépression. Au travers du segment inférieur, on percevait très bien la tête de l'enfant. L'utérus était en contraction permanente, on n'entendait point les bruits du cœur fœtal.

Les douleurs n'ayant eu aucun résultat depuis quatre jours, il était probable qu'il ne fallait rien attendre des contractions utérines. Deux voies s'offraient dès lors à l'opérateur : l'ouverture par les voies naturelles ou bien l'opération césarienne. La première présentant moins de dangers pour la vie de la mère et la mort de l'enfant devant être considérée comme probable, le professeur Kezmarzky se décida pour l'opération par les voies naturelles.

En abaissant l'utérus avec une pince, on voit la nodosité ci-dessus mentionnée et la petite dépression pouvant loger un grain de mil. Après de nombreux essais, on réussit à introduire une sonde chirurgicale à une profondeur de 2 centimètres environ; on ne peut aller plus loin. Suintement sanguin. De chaque côté de l'ouverture ainsi pratiquée on fait une incision longue de 3 cm. 5 au moyen d'un bistouri. Par l'orifice, large alors de 3 doigts, on sent la tête que l'on perfore d'après le procédé de Nœgelé. Les bras sont extraits avec les pinces à polypes ; on libère ensuite facilement l'épaule gauche, puis la droite, et enfin le tronc.

L'enfant pèse, sans la matière cérébrale, 3.700 ; son épiderme est enlevé en plusieurs points ; pas de mauvaise odeur.

La délivrance s'accompagna d'une hémorrhagie assez abondante. Injection utérine et tamponnement serré à l'iodoforme, dans le col et dans le vagin. Température 38°4 ; pouls 104.

Le 9e jour, on enlève le tampon qui ne sent que l'iodoforme et est à peine imbibé. Le doigt pénètre alors facilement

de l'orifice utérin visible jusque dans l'intérieur de l'utérus. Nouveau tamponnement à l'iodoforme.

Le 16e jour, la malade quitte la Clinique. A l'examen, on trouve alors à la partie supérieure du vagin une dépression large de 1 cm. 5 et profonde de 2 centimètres, au fond de laquelle existe un petit sillon qui donne l'impression de l'ouverture d'un canal. La matrice est libre, son fond est à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic. La sonde pénètre facilement dans sa cavité. On remplit l'utérus de gaze iodoformée.

Le 22e jour, on enlève le tampon, pour ne plus le remplacer.

Observation XIII

R. Cachrane. — *Oblitération du col chez une femme en couches.* (Lancet, 1892, Bd. I., p. 358.)

Dans l'après-midi du 25 février 1891, je fus appelé avec mon ami le Dr Atkinson auprès d'une femme en couches, primipare de 30 ans. Depuis douze heures, douleurs intenses et très fréquentes. A l'examen, on trouve la tête profondément engagée, complètement recouverte par le segment inférieur. Nous ne pûmes découvrir l'orifice utérin : aucun épaississement, aucune dépression appréciable au doigt.

Les douleurs devenant plus intolérables, nous examinâmes la malade au speculum. Nous vîmes une petite échancrure, où nous nous attendions à trouver l'orifice utérin. Nous pressâmes avec une sonde en ce point qui se laissa déprimer. Il s'échappa quelques gouttes de sang. La sonde introduite passa entre la paroi utérine et la tête. Petit à petit, avec les doigts, nous dilatâmes suffisamment pour introduire un dilatateur de Barn. La dilatation se fit rapidement, les membranes se rompirent et on put extraire avec le forceps un enfant bien constitué.

Observation XIV

R. Jardine. — *Occlusion complète du col et grossesse prolongée.* (Brit. med. J. London, 1892, p. 962).

C..., primipare, âgée de 30 ans, fut prise de douleurs le 1er février 1888. Elle eut une crise d'éclampsie et resta aveugle pendant les douze heures que dura le travail. L'accouchement se fit au forceps, l'enfant était mort et le col fut un peu déchiré. Elle se remit bien, mais cependant ne recouvra pas entièrement la vue. Les règles revinrent un mois après l'accouchement ; la femme perdait tous les quinze jours et abondamment.

Dernières règles le 5 juillet 1888 ; elle était absolument certaine de cette date, car l'abondance du flux menstruel l'avait empêchée d'assister à un mariage. Pendant sa première grossesse, elle avait été souvent souffrante ; mais cette fois, sa santé ne fut pas atteinte. Pas d'albumine dans les urines.

Elle attendait l'accouchement pour la première semaine d'avril 1889, et le 3 de ce mois, elle envoya une personne me prévenir que les douleurs commençaient. Je la vis dans la soirée et comme je voulais l'examiner, elle s'y refusa ; je n'insistai pas, recommandant que l'on me fasse prévenir dès que les douleurs deviendraient plus fortes. Elles cessèrent dans la nuit, et pendant quatre semaines, la femme en fut à peu près exempte.

Le 5 mai, un mois et deux jours après ma première visite, je fus appelé à nouveau et la trouvai en plein travail. Les douleurs avaient débuté dans l'après-midi et, lorsque je la vis assez tard dans la nuit, elles revenaient toutes les dix ou douze minutes, mais n'étaient pas très fortes. Présentation de la tête, mais qui restait élevée. On ne pouvait pas trouver l'orifice utérin ; on sentait seulement une masse au centre

de laquelle se trouvait une dépression entre deux petites élevures. J'essayai, en pressant et en grattant cette dépression, de faire pénétrer mon doigt, mais je n'y parvins pas.

Le Dr Beatson vint la voir, et, sous chloroforme, fit un examen complet qui confirma mon opinion sur la position du col oblitéré. Il essaya aussi de se frayer un chemin, en grattant avec le doigt, mais sans succès.

Nous fîmes alors une petite incision et, à l'aide de pinces étroites, nous dilatâmes le col suffisamment pour y introduire un doigt. Tout autour on pouvait sentir un anneau induré. Il était nécessaire de l'inciser en plusieurs endroits et de dilater ensuite au moyen des doigts. Il n'y eut presque pas d'hémorrhagie.

Comme la tête n'avançait pas, je dus employer le forceps, et son extraction se fit sans grande difficulté.

La rotation externe se produisit de suite, mais les épaules n'avançaient pas. L'expression et la traction ne nous donnèrent aucun résultat. Ce n'est qu'avec beaucoup de difficulté que je pus sortir le bras postérieur, et terminer ainsi l'accouchement.

On ne put ranimer l'enfant, une petite fille, malgré une respiration artificielle de plus d'une heure. Elle était très grande et les épaules surtout très larges.

Le placenta fut bientôt expulsé et l'hémorrhagie fut peu abondante.

Le col était un peu déchiré; le périnée intact.

Le 10e jour, la mère était debout ; trois mois après, le col paraissait normal, et les règles étaient régulières.

Observation XV

Hellmuth. — *Atrésie du col utérin comme obstacle à l'accouchement.* (Klin Rundschau, 1887, p. 1114.)

M. J..., âgée de 22 ans, primipare, fut prise le 4 juillet

1883, à 10 heures du matin, de fortes douleurs. La sage-femme appelée trouva l'utérus fermé. Comme les contractions avaient cessé à 2 heures de l'après-midi, elle s'éloigna.

Le lendemain, à 10 heures du matin, les douleurs revinrent plus intenses, si bien que la malade, en faisant usage de la plus grande force, sans succès d'ailleurs, voulait par la pression faire sortir l'enfant. Les contractions étaient violentes et se succédaient presque sans intervalle ; néanmoins, la tête restait élevée, et l'utérus toujours oblitéré.

Le 6 juillet, les douleurs cessèrent brusquement ; la malade fut prise de vomissements répétés et la sage-femme dut appeler le Dr Ritz. Celui-ci, trouvant la patiente épuisée et le col fermé, me fit demander. Voici ce que je trouvai :

C'est une femme de grandeur moyenne et de bonne constitution. Pouls normal, température également. Depuis plus de 6 heures, les contractions ont cessé ; les vomissements se sont calmés depuis 3 heures ; quelques douleurs au niveau de l'épigastre.

Réglée à 14 ans, toujours régulièrement. Les dernières règles remontent à la fin de mars 1882.

Au 2e mois de sa grossesse, étant en service à Kuttenberg, elle eut des pertes blanches abondantes et irritantes, qui durèrent plusieurs semaines et occasionnèrent une grande faiblesse. Elle consulta un médecin qui toucha chaque jour le col utérin avec du nitrate d'argent, et lui fit prendre des injections vaginales au phénol. A la suite de ce traitement, les pertes disparurent en trois semaines, et la malade revint complètement à la santé. Dès lors, la grossesse évolua bien, la femme pouvait exécuter sans difficulté les travaux les plus pénibles. Depuis le mois de février 1883, elle sentait des mouvements actifs de l'enfant.

A l'examen, je trouvai le vagin plutôt large, de sorte que je pus y introduire facilement toute la main droite. En haut, l'utérus est transformé en une poche mince, tendue, dans la

quelle ballotte aisément la tête fœtale. A cette poche, je ne pus trouver aucune ouverture, mais je constatai, vers le milieu, une échancrure pouvant loger un haricot, échancrure dont les bords étaient résistants. Je ne pus, par la pression du doigt, pénétrer dans l'utérus. Je pensai que cette échancrure en forme de fossette n'était autre que le col utérin oblitéré. Ne pouvant l'ouvrir avec le doigt, je l'incisai au bistouri. Comme au bout d'une demi-heure, cette ouverture ne s'était point agrandie, et qu'aucune contraction utérine ne s'ensuivait, je fus obligé d'agrandir l'orifice de 8 centimètres. Immédiatement, la poche des eaux se rompit et la tête fœtale se plaça à cet orifice artificiel. La dilatation progressa rapidement. Pour hâter l'accouchement, je fis une application de forceps, et je pus extraire un enfant vivant.

Cette oblitération de l'utérus est dûe, à mon avis, à ce qu'au 2e mois de la grossesse, la femme fut touchée au nitrate d'argent pour des pertes blanches.

Observation XVI

Dr Mac-Muller. — *Occlusion de l'orifice utérin.* (Résumée in Gazette de Gynécologie, 1886, p. 305)

Femme de 37 ans, d'apparence vigoureuse, accouche pour la première fois sur un vaisseau dans la traversée d'Angleterre à la Nouvelle-Zélande. Le travail a été long, et l'accouchement a dû être terminé sous l'influence du chloroforme. D'après les renseignements fournis par la malade, elle eut une vaste déchirure ; il s'en est suivi un état général grave et probablement de l'infection. Après être débarquée, elle a perdu des débris de placenta décomposé et fétide ; du reste tout l'arrière-faix n'aurait pas été expulsé.

Après cela, les règles ont cessé pendant treize ans ; lors-

qu'elles recommencent, la perte est noire et fétide. Un an après, nouvel accouchement ; le chloroforme doit être employé, et le médecin qui accouche la patiente, lui dit avoir été obligé de sectionner une bride qui existait à l'entrée de l'utérus ; rétablissement rapide et complet ; l'enfant n'a pas survécu. Suspension de nouveau des règles pendant neuf mois, au bout desquels elle perd subitement un liquide noirâtre, fétide, mélangé de débris. Les règles reparaissent, et, en juin 1884, elle est de nouveau enceinte.

Le 3e accouchement commence le 21 mars 1885 ; le Dr Mac-Muller, appelé, trouva un orifice externe arrondi, mais ne laissant pas passer le doigt, par suite de la présence d'une sorte de membrane élastique donnant au doigt la sensation de cuir mouillé. Elle est sectionnée avec des ciseaux, et l'accouchement est terminé par le forceps. L'enfant n'a survécu que quarante-huit heures ; malgré un peu de fièvre, la mère s'est bien remise.

Observation XVII

Dr Dumouly. — *Atrésie du col utérin d'origine chirurgicale; obstacle à la parturition. — Débridements multiples.* (Gazette de Gynécologie, janvier 1886.)

Un jour du mois de décembre 1881, je fus consulté par un monsieur qui me raconta que sa femme était en douleurs depuis trois jours, qu'elle avait perdu quelques eaux depuis ce temps, et que la sage-femme, inquiète d'un travail si lent et de quelques particularités, m'appelait à son aide... Auprès de la malade, je constate un état fébrile marqué, une anxiété extrême ; les yeux, la face injectés de sang ; les douleurs sont intenses, arrachent des cris atroces ; à chaque douleur, la main, appliquée sur le ventre très développé, constate des

contractions utérines énergiques ; les battements du cœur fœtal sont faiblement perçus ; les douleurs persistent avec une pareille intensité, depuis trois jours. La grossesse est bien à on terme.

Je pratique le toucher vaginal — présentation crânienne. — Le col est complètement effacé ; la tête du fœtus est séparée du doigt explorateur par une lame de tissu utérin fortement tendu à chaque contraction. A la place de l'orifice utérin, je sens, avec l'extrémité de l'index, une sorte de moignon fort dur, comme cartilagineux, de forme circulaire, irrégulière, d'un diamètre de 4 à 5 centimètres, plus épais que le tissu utérin environnant et faisant sur lui une notable saillie. Ce moignon occupe la place où se doit trouver le col, et, malgré toute tentative, il est impossible de trouver un orifice suffisant pour pénétrer jusqu'aux membranes ; le centre de ce moignon présente seulement la sensation d'une dépression en cupule. L'examen au speculum ne fait que vérifier les renseignements fournis par le toucher ; le bourrelet induré apparaît grisâtre, et, au fond de la dépression centrale, on peut voir qu'il existe un orifice suffisant à laisser passer un gros stylet.

Il m'est raconté que Mme X..., âgée de trente ans environ, a déjà eu deux accouchements heureux ; mais, à la suite de la dernière couche, elle a été soumise à un traitement pour une affection utérine, elle a subi des cautérisations au fer rouge ; une soixantaine de cautères en roseau ont été portés successivement dans son col utérin. Peu de temps après avait commencé la troisième grossesse.

Cette explication était satisfaisante. Ce n'était évidemment pas une tumeur squirrheuse ou autre : c'était simplement un bourrelet de tissu cicatriciel consécutif à ce traitement absolument incendiaire. L'atrésie du col est complète. Il est impossible d'espérer que les forces expultrices naturelles puissent briser un cercle de pareille consistance, et du reste les

forces de la malade s'épuisent ; il faut alors intervenir chirurgicalement.

Quoique l'opération dût être peu douloureuse, la malade est, au préalable, chloroformée, afin de calmer ses appréhensions et de me mettre en garde contre son indocilité. Avec un fort bistouri, long et boutonné, guidé sur la face palmaire de l'index, je pratiquai dans tous les sens cinq ou six débridements intéressant toute l'épaisseur du tissu induré, allant jusqu'au tissu sain. Aussitôt après l'opération, les douleurs naturelles s'arrêtent, et il me fallut faire une dilatation artificielle du col et appliquer le forceps au détroit supérieur.

Les suites de couches ont été des plus heureuses, grâce aux plus minutieuses précautions antiseptiques. L'utérus, revenu à son état normal, présente la partie vaginale du col à peine indiquée ; on sent au fond du vagin une sorte de cupule à bords indurés, déchiquetés, laissant à son centre un orifice de même dimension que celui que j'ai constaté pendant l'accouchement, ce qui indique bien le manque absolu d'élasticité de ce tissu.

Observation XVIII

Depaul. — *Oblitération complète de l'orifice externe du col de l'utérus chez une femme dont la grossesse était arrivée à terme. — Hystérotomie, puis céphalotripsie nécessitée par un vice de conformation du bassin — Guérison* (Mém. de l'Ac. de méd., 1860, p. 492). — Résumée.

Le 15 août 1855,le Dr Remondet appelle Depaul en consultation près d'une secondipare.

Il l'avait déjà assistée lors de son premier accouchement, trois ans auparavant. Comme elle avait un rétrécissement très marqué du bassin, après plusieurs tentatives infructu-

euses de forceps, on dût faire une céphalotripsie. Les suites de couches furent naturelles.

Depuis lors, santé excellente, règles régulières. Elle était arrivée au terme de la seconde grossesse, et était en travail depuis deux jours.

Depaul constate à nouveau le vice de conformation du bassin, et il ajoute : « Je promenai mon doigt dans tous les sens sur la partie de l'utérus, qui était directement accessible par le vagin, mais il me fut impossible de trouver aucune fente, aucune dépression, aucun orifice qui indiquât la cavité du col. Je recommençai à plusieurs reprises mes investigations, en parcourant avec mon doigt le cul-de-sac circulaire du vagin, et je demeurai convaincu qu'il y avait oblitération complète de l'orifice externe. » Le diagnostic est contrôlé par le speculum. Il est confirmé par le Dr Remondet et le professeur Dubois appelé, à son tour, en consultation.

On attend au lendemain. Aucun résultat. Alors incision prudente à l'endroit présumé de l'orifice, représenté seulement par une épaisseur un peu moindre de la paroi utérine. Cette incision est suivie de l'écoulement d'une certaine quantité de liquide amniotique. On pratique alors 3 débridements, à droite, à gauche, et en arrière. Aussitôt, dilatation considérable.

Tentative infructueuse de forceps : céphalotripsie. Guérison ; quelques semaines après, les règles s'étaient rétablies

Observation XIX

Depaul. — *Femme enceinte de 7 mois environ. — Vomissement opiniâtres. — Accouchement provoqué. — Oblitération complète de l'orifice interne du col. — Hystérotomie. — Autopsie : Cancer du pylore.* (*Mém. de l'Ac. de méd.*, 1860, p. 494.) — Résumée. —

Il s'agit d'une femme de 26 ans, enceinte pour la troisième

fois. Réglée à 14 ans. A 18 ans, fausse couche de deux mois. Peu après, seconde grossesse, accouchement normal à terme, enfant vivant.

Depuis, bonne santé ; une ulcération du col de l'utérus, pour laquelle on pratiqua plusieurs cautérisations au nitrate d'argent. Guérison rapide ; règles régulières.

Dernières époques le 10 mars 1855; la femme avait déjà eu quelques vomisements ; mais, à partir de cette date, ils deviennent plus fréquents et plus abondants. Le 15 septembre, elle entre à l'Hôtel-Dieu, service de Trousseau. On constate qu'elle est enceinte de six mois environ ; bruits du cœur fœtal bons.

On attribue les vomissements à la grossesse et on demande l'avis de Depaul. Il croit qu'il faudra probablement provoquer l'accouchement ; mais il est d'avis d'attendre.

Des traitements divers sont employés ; l'état de la malade s'aggrave à un tel point que,le 11 octobre,Depaul décide d'intervenir, et de mettre en usage les douches utérines. « La malade, dit-il, fut placée sur le bord d'un lit convenablement préparé. Avant d'introduire la canule qui devait transmettre le liquide, je crus nécessaire de constater l'état du col, et mon étonnement fut grand quand je reconnus que l'orifice interne était complètement oblitéré. Voici quel était l'état des parties : Le col, situé assez bas et à peu près au centre du bassin, formait dans le vagin une saillie de 8 à 10 millimètres tout au plus. Son orifice externe était béant et aurait admis sans peine l'extrémité de deux doigts. L'indicateur, introduit dans cette cavité, était arrêté à 1 centimètre de profondeur par une cloison transversale épaisse et résistante, qui obstruait complètement le col en ce point. On ne sentait ni pertuis,ni dépression qui pût donner l'idée d'une communication quelconque entre la cavité du col et celle du corps. Une sonde utérine fut substituée au doigt et poussée dans toutes les di-

rections mais elle ne peut franchir l'obstacle. Il en fut de même d'un stylet beaucoup plus fin. »

Ces constatations furent faites par plusieurs assistants On pratiqua l'hystérotomie vaginale ; puis, quelques heures après, on put extraire avec le forceps un enfant vivant, de 7 mois environ, qui mourut d'ailleurs 5 jours après

Quant à la mère, elle fut prise de convulsions, et succomba le 13 octobre. A l'autopsie, on découvrit un cancer du pylore, cause des vomissements que l'on avait attribués à la grossesse.

Observation XX

Depaul. — *Oblitération de l'orifice externe du col de l'utérus chez une femme à terme. — Hystérotomie. — Enfant vivant. — Guérison.* (Mém. de l'Ac. de méd., 1860, p. 498). — Résumée. —

Primipare de 27 ans, réglée à 13 ans, toujours régulièrement. Dernières règles, le 15 mai 1858 ; grossesse évoluant normalement. Le 18 février 1859, apparition des douleurs ; on appelle Depaul qui examine la femme. « Je parcourais sans peine, dit-il, toute la portion de l'utérus qui était au-dessous de l'insertion du vagin, dont je touchais tous les points. Déjà il ne fut plus douteux pour moi, qui avait mis dans cette exploration tout le soin nécessaire, que le col utérin était oblitéré, et j'étais parfaitement sûr de ne pas m'en laisser imposer par une situation anormale et très élevée de son orifice. Une circonstance particulière d'ailleurs donnait à mon opinion toute la certitude désirable. Un peu en arrière du point culminant de la portion globuleuse de l'utérus qui proéminait dans le vagin, on sentait une légère saillie dirigée transversalement qui me parut être le rudiment de la lèvre antérieure.

A cette saillie se trouvait solidement soudée la lèvre postérieure, qui, elle, ne formait aucun relief appréciable. A part cette petite inégalité, la tumeur, derrière laquelle on sentait très manifestement la tête de l'enfant, était parfaitement lisse et arrondie, et me parut offrir dans tous ses points une épaisseur à peu près égale. »

Au bout de quelques heures, les douleurs se calment. Elles reprennent le lendemain, pour cesser à nouveau. Il en fut ainsi jusqu'au 25 février, où les contractions se montrèrent particulièrement violentes. Craignant une rupture, Depaul fit des débridements du col ; la dilatation dès lors s'opéra, et, avec un forceps, il put extraire un enfant vivant, pesant près de 9 livres.

La mère se rétablit très bien. Huit mois après, malgré l'allaitement, les règles revinrent. Elles se produisirent encore un mois après ; puis apparut une deuxième grossesse qui se termina par un accouchement tout à fait normal.

CONCLUSIONS

La dystocie par atrésie cicatricielle du col ne se rencontre que très rarement.

Elle peut être consécutive à un traumatisme obstétrical antérieur auquel vient se surajouter l'infection, ou à une opération pratiquée sur le col dans de mauvaises conditions. Les cautérisations en sont la cause la plus fréquente.

Rarement diagnostiquée pendant la grossesse, il est, en général, facile de reconnaître l'atrésie, au cours du travail, grâce au toucher combiné à l'examen au speculum et au cathétérisme.

Il est néanmoins certaines causes d'erreurs avec lesquelles il faut savoir faire le diagnostic différentiel ; en particulier, le cloisonnement transversal du vagin, la syphilis du col, les déviations marquées de celui-ci (dilatation sacciforme) et l'agglutination de l'orifice externe.

La femme, de par la lenteur même du travail, est particulièrement exposée à l'infection. On doit toujours craindre la rupture utérine. De son côté, l'enfant risque

fort de succomber à l'asphyxie. Le pronostic est donc réservé ; il dépend essentiellement du traitement.

Ce traitement sera précoce. Les incisions du col ne seront qu'un procédé d'exception. Mieux vaut, nous semble-t-il, choisir la voie haute. S'il existe quelque indication à l'ablation de l'utérus, on fera l'hystérectomie totale ou, plus souvent, l'opération de Porro. Dans les autres cas, on aura recours à la césarienne abdominale conservatrice. On y adjoindra la reconstitution rapide d'un canal cervical, par où s'effectuera le drainage : et, par la suite, on pratiquera la dilatation de ce canal pour en éviter la réoblitération.

Vu : *Le Doyen de la Faculté*,
P. Landouzy.

Vu : *Le président de la thèse*,
Paul Bar.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. Liard.

BIBLIOGRAPHIE

AUVARD. — Traité prat. d'Accouchements. 4e édit., p. 482.

BAIN. — *Lancet*. Nov. 1891.

BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — Pratique de l'Art des Accouchements, 1907. Tome II, p. 328.

BARSONY. — *Centralb. für Gynäkologie*, 1887, n° 51.

BAUDELOCQUE. — Art des Accouchements. Tome II, p. 367.

BOYER. — Thèse de Paris, 1890.

CACHRANE. — *Lancet*, 1892. Bd. I, p. 358.

CAILLON. — *Thèse de Lyon*, 1898.

CAZEAUX et TARNIER. — Traité de l'Art des Acc., 10e éd., p. 717.

CHARPENTIER. — Traité d'accouchements, 2e édit. Tome II.

DEPAUL. — *Archives de Tocologie*, 1876 et 1877.

— *Bull. de l'Ac. de médecine*, 1864-1865, p. 1229.

— *Mémoires de l'Ac. de méd.*, 1860, p. 491.

DUMOULY. — *Gazette de Gynécologie*, janvier 1886.

FOGARTY. — *Lancet*, mars 1850, p. 264.

FRAISSE. — *Nouv. Arch. d'Obst. et Gyn.*, 1891.

GRIMME. — *Horn's Arch. für med. Erfahrung*, Berlin, 1816. p. 556.

GUIBOUT. — *Thèse de Paris*, 1900.

HAZARD. — *Thèse de Paris*, 1901-1902.

HELLMUTH. — Atrésia colli uteri als Geburstshinderniss. *Klin. Rundschau*, 1887, p. 1114.

JARDINE. — *Brit. med.* J. London, 1892, p. 962.

JAYLE. — *Presse médicale*, 9 janvier 1907.

KASANSKY. — *Thèse de Paris*, 1905-1906.

Mme LACHAPELLE. — Prat. des Accouchements, 1825. T. III, p. 294.

LEPAGE. — *Bulletin médical*, 14 nov. 1903.

LUTAUD. — *Thèse de Paris*, 1908.

MAC-MULLER. — *Gaz. de Gynécologie*, 1886, p. 305.

MATTÉI. — *Bull. de l'Ac. de méd.*, 1861-1862, p. 969.

MAURICEAU. — Des maladies des femmes grosses et accouchées, 1668, p. 258.

MORNEA. — *Thèse de Paris*, 1891.

NÆGELÉ et GRENSER. — Traité de l'Art des Accouchements. Trad. d'Aubenas, p. 566.

OZO. — *Thèse de Paris*, 1897.

PICHEVIN. — *Nouv. Arch. d'Obst. et Gyn.*, 1891, p. 70.

PINARD, SEGOND et COUVELAIRE. — *Comptes-Rendus de la Soc. d'Obst. Gyn. et Péd.*, nov. 1906.

POTOCKI. — *Comptes-Rendus de la Soc. d'Obst. Gyn. et Péd.*, juin 1908.

POZZI. — *Comptes-Rendus de la Soc. d'Obst. et Péd.*, 1899.

POZZI. — Traité de Gynécologie.

RIBEMONT-DESSAIGNES. — *Ann. de Gynécologie*, 1905, p. 121.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — *Précis d'Obstétrique*, 5e édition, p. 968.

RICHELOT. — Chirurgie de l'utérus, du vagin et de la vulve, 1902, p. 64.

SAIAS. — *Thèse de Paris*, 1906-1907.

SCHENK. — *Centralb. für Gyn.*, 1900, n° 6.

SIREDEY. — *Comptes rendus de la Soc. d'Obst. Gyn. et Péd.*, mars 1904.

TARNIER et BUDIN. — Traité d'Accouchements, 1898. T. III, p. 408.

TAURIN. — *Thèse de Paris*, 1895.

THIEUX. — *Thèse de Montpellier*, 1900.

VAISSIER. — *Thèse de Paris*, 1909.

VELPEAU. — Traité de l'Art des Accouchements, 3e éd., p. 361.

VÉRON. — *Bull. de la Soc. d'Obstétrique de Paris*, 1905, p. 318.

WALLICH. — *Comptes-rendus de la Soc. d'Obst. Gyn. et Péd.*, 1904, p. 76.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 7
Etiologie et pathogénie 11
Symptomatologie 22
Diagnostic 29
Pronostic. — Complications 37
Traitement 40
OBSERVATIONS 49
CONCLUSIONS 96
BIBLIOGRAPHIE 98

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. *Téléphone* 704-19.